

Tartu Ülikool  
Meditšiiniteaduste valdkond  
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut  
Õendusteaduse õppetool

**Triinu Kurvits**

**PÄEVITAMISE JA SOLAARIUMI KASUTAMISEGA SEOTUD TERVISEKÄITUMINE  
NING SELLE SEOSD SUITSETAMISE JA ALKOHOLI TARVITAMISEGA EESTI  
TÄISKASVANUD RAHVASTIKU 2014. AASTA UURINGU ANDMETE PÕHJAL**

Magistritöö

Tartu 2017

**Põhijuhendaja: Sigrid Vorobjov, PhD**

---

*/allkiri/*

---

*/kuupäev/*

**Kaasjuhendaja: Ere Uibu, MSc**

---

*/allkiri/*

---

*/kuupäev/*

Otsus magistritöö kaitsmisele lubamise kohta:

---

*/Juhendajate otsus ning kuupäev, millal otsus on õppetoolis protokollitud/*

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Triinu Kurvits,

(14.07.1989)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

### **PÄEVITAMISE JA SOLAARIUMI KASUTAMISEGA SEOTUD TERVISEKÄITUMINE NING SELLE SEOSSED SUITSETAMISE JA ALKOHOLI TARVITAMISEGA EESTI TÄISKASVANUD RAHVASTIKU 2014. AASTA UURINGU ANDMETE PÕHJAL,**

mille juhendaja on Sigrid Vorobjov, PhD

ja kaasjuhendaja on Ere Uibu, MSc,

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-i lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
  - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
  3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 12.05.2017

## KOKKUVÕTE

### **Päevitamise ja solaariumi kasutamisega seotud tervisekäitumine ning selle seosed suitsetamise ja alkoholi tarvitamisega Eesti täiskasvanud rahvastiku 2014. aasta uuringu andmete põhjal**

Üha enam pööratakse Eesti tervisepoliitikas tähelepanu inimeste tervisekäitumise parandamisele ja riskikäitumise ennetamisele ning õed, kui suurima tervishoiutöötajate grupi esindajad, kannavad kutsealast vastutust oma igapäevatööga elanikkonna tervisekäitumise parandamisse panustada. Solaariumi kasutamist ja liigset päikese käes viibimist peetakse üldiselt organismile kahjulikuks ning kogu arenenud maailm peab oluliseks selle probleemiga tegeleda. Selleks kasutatakse järjest enam õdede ressursi. Analoogselt tuleks tegutseda ka Eestis. Samas on Eestis vähe tõenduspõhist informatsiooni elanikkonna solaariumi kasutamise ning päevitamisharjumuste kohta, kes täpselt on probleemseim sihtgrupp või vanuserühm ning mis neid selliselt tegutsema ajendab. Selleks, et luua sobivad ja tõhusad ennetusmeetmed, on aga vajalik vastav info välja selgitada. Käesoleva magistritöö eesmärk oli kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku päevitamise ja solaariumi kasutamise harjumusi ning selgitada välja seosed uuritavate tausta ja suitsetamise ning alkoholi tarvitamise vahel.

Andmed koguti Tervise Arengu Instituudi uurimuse „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2014“ raames ajavahemikul 05.03.2014–10.04.2014. Uuritavad (n=2575) saadi juhuvalimi alusel Eesti 16–64 aastaste elanike seast Rahvastikuregistri andmete põhjal. Tulemuste esitamiseks kasutati kirjeldavat statistikat ja suhteliste sageduste võrdlemiseks  $\chi^2$ -testi.

Eestis kasutatakse solaariumit vähe (9%). Keskmiselt külastati solaariumit kaheksa korda aastas. Kõige sagedamini kasutas solaariumit kõrghariduse ja suure sissetulekuga noor naine. Siiski need, kes solaariumit kasutasid, viibisid tõenäoliselt rohkem ka päikese käes. Suvistel tööpäevadel olid päikese käes pikemalt kui tund 36% uuritavatest ja puhkepäevadel 73% uuritavatest. Uuritavatest 55% olid suvel päikese käes päevitumise eesmärgil. Kõige rohkem olid päevitumise eesmärgil päikese käes 21–30 aastased naised. Suvistel tööpäevadel olid päikese käes pikemalt alg- ja põhiharidusega ning madala sissetulekuga vallalised noormehed. Suvistel puhkepäevadel olid päikese käes pikemalt noored kõrgharidusega inimesed. 80% uuritavatest ei olnud käinud päikesereisidel. 28% uuritavatest olid saanud aasta jooksul vähemalt ühe tõsise päikesepõletuse. Päikesereisidel käisid kõige sagedamini suure sissetulekuga ning kõrgharidusega noored abielus inimesed. Tõsiseid päikesepõletusi, millega kaasnesid punetus, valu ja villid ning hilisem

nahakoorumine said rohkem noored vallalised inimesed. Suvistel tööpäevadel keskpäeval ajal pikemalt kui tund päikese käes viibijatest suitsetas sageli 62%. Alkoholi tarvitasid aegajalt (kolm korda kuus kuni kord nädalas) 57% solaariumi kasutajatest, 42% nendest, kes viibisid puhkepäevadel päikese käes pikemalt kui tund, 46% nendest, kes viibisid päevitumise eesmärgiga päikese käes, 45% nendest, kes käisid spetsiaalsetel päikesereisidel ning 41% nendest, kes olid saanud tõsiseid päikesepõletusi.

**Märksõnad:** tervisekäitumine, tervisekäitumise näitaja, päevitamine, solaarium

## SUMMARY

### **Health behavior related to sunbathing and solarium use and its associations with smoking and alcohol use, according to Estonian adult population 2014 survey.**

More and more attention in Estonian health policy is paid to improve people's health behaviors and risk prevention. Nurses, as the largest group of health care workers, bear professional responsibility for the health of the population in their daily work, to contribute to the improvement of the behavior. Excessive use of solarium and sun exposure is generally considered harmful to the body, and the entire civilized world considers it important to deal with this problem. For this activity, nursing resource is used more and more. In Estonia we should do the same. At the same time, we have few evidence-based information about population sun exposure and solarium use. We also don't have information who exactly is the most problematic risk group and what motivates them to act in such a way. In order to create suitable and effective prevention measures, we need more information about Estonian people's health behavior. The aim of the current study was to describe the Estonian adult population sun exposure and solarium using habits and to find out the relationship between the demographic background and smoking and alcohol consumption among Estonian adult population.

The research was done based on the data "Estonia's adult population health behavior survey 2014", collected by the National Institute for Health Development. Data was collected in 05.03.2014–10.04.2014. Subjects (n = 2575) were obtained from a random sample of the population aged from 16 to 64 on the basis of the Estonian population register data. To present the results, descriptive statistics were used and to compare the relative frequencies a  $\chi^2$  test was used.

It appears that in Estonia only few people (9%) use sunbeds. Sunbeds were used at an average eight times a year, mostly used by young women with a higher education and a higher income. However, those who use sunbeds, are more likely to be overexposed to the sun. During the summer weekdays 36% of subjects stayed in the sun for more than an hour. During the summer weekends 73% of subjects stayed in the sun for more than an hour. 55% of the subjects stayed in the sun with a tanning purpose, most of them were 21- to 30-year-old women. Unmarried young men with a primary and basic education and low income, stayed in the sun mostly during the summer weekdays. Young people with a higher education stayed in the sun mostly during the summer weekends. 80% of the subjects had not been in special sun vacation. 28% of the subjects have had at least one severe sunburn in a year. Sun vacations were more practised by young and

married people with a higher education and with high income. Young, unmarried people got more severe sunburns accompanied with redness, pain, blistering and later skin flaking. From those, who were staying more than an hour in the sun during the midday hours in summer workdays, 62% were smoking frequently. 57% of sunbed users, 42% of those who had stayed for more than an hour in the sun during summer weekends, 46% from those who had been in the sun for tanning purpose, 45% of those who have had special sun vacations and 41% of those who got severe sunburns, were reporting that they consume alcohol from time to time.

**Keywords:** health behavior, health behavior indicator, solarium, tanning booth

# SISUKORD

## KOKKUVÕTE

## SUMMARY

1. SISSEJUHATUS .....	7
2. TERVISEKÄITUMINE JA TERVISEKÄITUMISE NÄITAJAD .....	9
2.1. Tervisekäitumine, selle olemus ja kujunemine.....	9
2.2. Ultraviolettkiirguse olemus, allikad ja mõju inimese tervisele ning päevitamine ja solaariumi kasutamine kui riskeeriv tervisekäitumine .....	11
3. PÄEVITAMISE JA SOLAARIUMI KASUTAMISE HARJUMUSED NING NENDE SEOSD SUITSETAMISE JA ALKOHOLI TARVITAMISEGA VARASEMATES UURIMISTÖÖDES .....	17
4. METOODIKA .....	21
4.1. Metodoloogilised lähtekohad .....	21
4.2. Uuritavad ja andmete kogumine .....	21
4.3. Andmete analüüsimise meetodid .....	23
4.4. Uurimistöö usaldusväärsuse tagamine .....	25
5. TULEMUSED .....	27
5.1. Uuritavate taustaandmed .....	27
5.2. Päevitamise ja solaariumi kasutamise harjumused.....	27
5.3. Päevitamise ja solaariumi kasutamise harjumuste seosed suitsetamise ja alkoholi tarvitamisega .....	32
6. ARUTELU .....	36
6.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistöödega .....	36
6.2. Eetilised aspektid .....	38
6.3. Tulemuste usaldusväärsus .....	39
6.4. Uurimistöö kitsaskohad .....	40
6.5. Tulemuste olulisus ja rakendatavus .....	42
6.6. Edasise uurimistöö vajadus .....	43
7. JÄRELDUSED .....	45
KASUTATUD KIRJANDUS .....	46



LISAD .....	52
Lisa 1. Originaalküsimustik eesti keeles .....	52
Lisa 2. Originaaluurimuse vastutava täitja luba uurimistöö andmete kasutamiseks.....	67

## 1. SISSEJUHATUS

Uurimistöödest selgub, et päevitamise ja solaariumi kasutamise ning nahavähi tekke vahel on otsene seos (WHO 2003, Cust jt 2011, Diehl jt 2013, Driscoll ja Darcy 2015). Päevitamise kahjulikku mõju inimese nahale märgati juba 1936. aastal (Veismann ja Eerme 2011: 148). Sageli teavad inimesed, et päikese käes pikalt viibimine on tervisele ohtlik, kuid solaariumis käimist peetakse ohutuks ja tervisele kasulikuks (Schneider ja Krämer 2009, Altsitsiadis jt 2012, Loosemore ja Grogan 2015). Tänapäevased solaariumid on aga nii võimsad, et nende kiirgusdoos on 10–15 korda suurem sellest kiirgusest, mille inimene saaks keskpäeval Vahemere ääres päikese käes viibides (Boniol jt 2012). Solaariumist saadava võimsa kiirguse tõttu on mitmed organisatsioonid maailmas solaariumi kasutamist erinevate õigusaktidega reguleerinud. Tänapäevaseks Eestis selliseid nõudeid solaariumitele kehtestatud pole. Ainus õigusakt, mis Eestis solaariumite nõudeid reguleerib, on 2001. aastal jõustunud sotsiaalministri määrus „Tervisekaitsenõuded ilu- ja isikuteenuste osutamisele“ (Riigi Teataja 2000).

Rohkem kui kümme aastat tagasi läbi viidud uurimusest on teada, et mitmete Tallinna solaariumite töökorralduses esines puudujääke. Näiteks puudusid solaariumitöötajatel sageli tööks vajalikud teadmised, mistõttu ei antud klientidele piisavalt informatsiooni erinevatest nahatüüpidest, nahatüüpidele sobivatest päevitusseanssidest ning solaariumi kõrvaltoimetest (Šubina 2003). Lisaks selgub Tekkeli ja Veidemanni (2015) uurimuse tulemustest, et Eestis ei kasuta solaariumit mitte ainult täiskasvanud, vaid ka alaealised. Seda, et eestlased on nahavähist järjest enam ohustatud näitab ka statistika. Näiteks aastal 2000 oli 14–64 aastaste Eesti elanike hulgas 67 melanoomi esmahaigusjuhtu, mis aastaks 2013 oli tõusnud juba 123 esmahaigusjuhuni (Eesti Vähiregister 2016a).

WHO (2002) on juhendis „*Global Solar UV Index: A Practical Guide*“ kirjutanud et tervishoiutöötajad ja tervisedendajad peaksid kõige rohkem tähelepanu pöörama heledanahaliste päikese käes viibimise harjumustele. Veel on samas juhendis kirjutatud, et tervishoiutöötajad peaksid teavitama eelkõige heledanahalisi inimesi ohututest päevitamismeetoditest, kuna nemad on liigsest ultraviolettkiirgusest (edaspidi UV-kiirgus) kõige enam ohustatud. Sageli arvavad inimesed, et jutud solaariumi kasutamise ja liigse päikese käes viibimise kahjulikkusest on meedia poolt ülepaisutatud. Seepärast peavad ka õed pöörama avalikkuse tähelepanu solaariumite kasutamise ja liigse päevitamise kahjulikkusele ning survestama riigi juhtorganisatsioone looma solaariumitega seonduvat seadusandlust, reguleerima solaariumite kasutamist ja järjepidevat kontrollimist. Kõik see on vajalik, et mõjutada inimeste tervisekäitumist. (Driscoll ja Darcy 2015.)

Esmalt on vajalik õdedel, kui suurima tervishoiutöötajate grupi esindajatel ning kogukondade terviseteadlikkuse edendajatel hakata rohkem tegelema UV-kiirgusega seotud tervisekäitumisega. Ka õenduse ja ämmaemanduse arengukava näeb ette, et järjest suuremat tähelepanu tuleb pöörata tervisekäitumise muutmisele või riskeeriva tervisekäitumise ennetamisele (Eesti Õdede Liit ja Eesti Ämmaemandate Ühing 2011). Siiski on töö autori arvates praegu olukord Eestis selline, et suuremat tähelepanu pööratakse suitsetamise ja alkoholi tarvitamise ning toitumisega seotud tervisekäitumisele. Samas on ka liigne päevitamine ning solaariumi kasutamine riskeeriv tervisekäitumine, nagu seda on suitsetamine, narkootikumide tarvitamine või liigne alkoholi tarvitamine (Altsitsiadis jt 2012, Diehl jt 2013). Varasematest uurimistöödest on teada, et suitsetamine ning ülemäärane alkoholi tarvitamine on seotud liigse solaariumi kasutamise (Julian jt 2016) ja liigse päikese käes viibimisega (Falk jt 2013). Seega kinnitavad uurimistulemused, et sageli esinevad mitmed riskeerivad tervisekäitumised koos ja on oluline, et tervisekäitumist käsitletaks kõikehõlmavalt, kaasates sinna ka solaariumi kasutamise ja päevitamise harjumused.

Selleks, et luua mõjusaid ja toimivaid ennetusmeetodeid on vajalik teada, kellele ennetustegevus suunatud on (Altsitsiadis jt 2012). Varasemalt mujal maailmas läbi viidud uurimustest on selgunud, et enamasti on liigpäevitajaks vallaline, kõrghariduse ja hea sissetulekuga noor naine, kes elab linnas ning on ebatervislike eluviisidega (Benmarhnia jt 2013, Stanganelli jt 2013, Idorn ja Wulf 2014, Grange jt 2015, Haluza jt 2016). Lisaks on teada, et naised eelistavad päevitamiseks kasutada solaariumit ja mehed eelistavad päevitada päikese käes (Thomson jt 2010). Eestis analoogseid uurimistulemusi varasemalt tutvustatud ei ole ning seetõttu puudub meil ülevaade elanikkonna päevitamise ja solaariumi kasutamise harjumustest. Arvestades aga meie vajadust asjakohaste ennetusmeetmete ning tervisedendusliku tegevuse järele, tuleb vastav informatsioon koondada ning ära kirjeldada.

Käesoleva magistritöö eesmärk on kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku päevitamise ja solaariumi kasutamise harjumusi ning selgitada välja seosed päevitamise ja solaariumi kasutamise harjumuste ning suitsetamise ja alkoholi tarvitamise vahel. Lähtuvalt uurimiseesmärgist on püstitatud järgmised uurimisülesanded:

- kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku päevitamise ja solaariumi kasutamise harjumusi;
- selgitada päevitamise ja solaariumikasutamise harjumuste seoseid uuritavate taustamuutujatega;
- selgitada seoseid päevitamise ja solaariumikasutamise harjumuste ning suitsetamise ja alkoholi tarvitamise vahel.

## 2. TERVISEKÄITUMINE JA TERVISEKÄITUMISE NÄITAJAD

### 2.1. Tervisekäitumine, selle olemus ja kujunemine

**Tervisekäitumiseks** (*health behavior*) loetakse kõik need tegevused, mida inimene teeb hea tervisliku seisundi säilitamiseks, saavutamiseks või tagasi saamiseks ning haiguste ennetamiseks, hoolimata inimese hetkelisest või eelnevast tervise seisundist (Sotsiaalministeeriumi 2008, Mosby's Medical Dictionary 2009). Tervisekäitumine on kõik igapäevategevused, mis mõjutavad inimese tervist (Skonieczna jt 2016). Tervisekäitumist mõjutavad inimese hoiakud, väärtushinnangud, uskumused, oskused, motivatsioon ja teadlikkus oma tervisest ning selle säilitamisest (Sotsiaalministeerium 2008). Tervisekäitumine näitab lisaks uskumustele ka seda, kuidas majanduslikud-, keskkondlikud-, psühholoogilised- ja sotsiaalsed tegurid mõjutavad inimese tervist (Maser 2004).

**Riskeerivaks tervisekäitumiseks** (*risky health behavior*) või **riskikäitumiseks** (*risk behavior*) peetakse käitumist, millega inimene suurendab oma vastuvõtlikust haigus(te)le või mis halvendab tema üldist tervist (Sotsiaalministeerium 2008). Ühtlasi loetakse riskeerivat tervisekäitumist tervisekäitumise näitajaks (Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services 2000). **Tervisekäitumise näitajad** (*health behavior indicator*) näitavad, millised käitumuslikud, füüsilised, sotsiaalsed tegurid ja tervishoiu süsteemi puudused mõjutavad nii üksikinimese kui kogukonna tervist (Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services 2000). Enamasti esinevad mitmed riskikäitumised koos (Schneider ja Krämer 2009, Falk jt 2013). Tervist mõjutavaid riskifaktoreid on loendamatul arvul. Euroopas on kõige rohkem levinud riskikäitumisteks tubakatoodete, narkootikumide ja alkoholi tarvitamine, kaitsmata seksuaalvahekord ja vähene füüsiline aktiivsus (Paat 2013). Oluline on juhtida inimeste tähelepanu ka nendele riskikäitumistele, millele pole nii palju tähelepanu pööratud kui näiteks alkoholi ja tubakatoodete tarbimisele, kuid mis on inimese tervisele sama ohtlikud. Näiteks toovad Diehl jt (2013) välja, et solaariumi kasutamine on sama ohtlik tervisekäitumine kui suitsetamine ja alkoholi tarbimine. Samuti peetakse tahtlikku UV-kiirguse (nii looduslik kui ka kunstlik UV-kiirgus) käes viibimist, mille eesmärgiks on saada pruun nahk, riskeerivaks tervisekäitumiseks (Altsitsiadis jt 2012, Skonieczna jt 2016).

Tervishoiutöötajad peaksid inimesi teavitama lisaks liigse päikese käes olemise ohtlikkusele ka solaariumi ohtlikkusest, rõhutades et päevitunud nahk ei tähenda tervet nahka (Altsitsiadis jt 2012, Guy jt 2014). Teavitustööga peaksid tegelema eelkõige õed, kuna varasemad uurimused on

näidanud, et tervishoiutöötajate juttu peetakse mõjusamaks kui seda on riigipoolsed ennetuskampaaniad (Bernmarhnia jt 2013). Õdede kaasamist toetab ka Eesti õenduse- ja ämmaemanduse arengukava mis näeb ette, et järjest suuremat tähelepanu tuleb õdedel pöörata elanikkonna tervisekäitumise muutmisele või riskeeriva tervisekäitumise ennetamisele (Eesti Õdede Liit ja Eesti Ämmaemandate Ühing 2011). Eesti õenduse- ja ämmaemanduse arengustrateegia aastateks 2011–2020 üheks arengusuunaks on uute järjepidevate teenuste loomine ning eriõdede vastutuse suurendamine nende teenuste koordineerimisel (Eesti Õdede Liit ja Eesti Ämmaemandate Ühing 2011). Järjest enam on haiglad hakanud looma eriõdede vastuvõtte, kuna õdedel on vastav valmidus olemas tänu nende laiapõhjalisele erialasele ettevalmistusele. Varasemalt on leitud, et nahatervise alast informatsiooni saavad tervishoiutöötajatelt need, kes solaariumeid ei külasta ning liigselt päikese käes ei viibi (Haluza jt 2016) või kes on saanud juba nahavähi diagnoosi (Falk jt 2013). Seepärast on õdedel vajalik pöörata avalikkuse tähelepanu solaariumite kasutamise ja liigse päevitamise kahjulikkusele ning suunata vastavaid riiklikke institutsioone, et mõjutada solaariumit kasutavate ja liigselt päikese käes viibivate inimeste tervisekäitumist (Driscoll ja Darcy 2015).

Kuna õed tegelevad väga erinevates valdkondades, siis saaksid õed oma töös keskenduda elanikkonna tervise edendamisele UV-kiirgusega seotud riskikäitumise osas. Lisaks on õed inimestele kättesaadavamad, kui liigse töökoormusega hõivatud pere- ja nahaarstid, kes puutuvad kõige sagedamini nahaprobleemidega kokku (Altsitsiadis jt 2012). Käesoleva magistritöö autor leiab, et lisaks nahaarstidele võiksid Eestis töötada nahaprobleemidele spetsialiseerunud õed, kelle poole patsiendid saavad esmaste nahaprobleemidega pöörduda. Eelkõige peaksid olema aga pereõed võimelised nahaprobleeme tuvastama, kuna nemad puutuvad esmatasandi tervishoius kõige rohkem patsientidega kokku. Kui pereõde oskab inimesi varakult nõustada jälgima muutusi oma nahas, paraneb ka inimeste teadlikkus ja oskus märgata muutusi oma nahal. Kui selgub, et tegemist on arstlikku jälgimist vajavate nahaprobleemidega (nt ebaloomuliku kuju või värviga sünnimärgid), saavad õed patsiendi kiiresti spetsialisti vastuvõtule suunata (Driscoll ja Darcy 2015). Nii väheneb arstide töökoormus ja arstid saavad tegeleda tõsiste nahaprobleemidega. Lisaks tuleks töötervishoiu valdkonnas töötavatel õdedel pöörata institutsioonide tähelepanu suvel päikese käes töötavate ehitus- ja teetöölise töötajatele ning teha ettepanekuid tööliste nahatervise kaitsmiseks. Kuna uurimused on näidanud, et võrdlemisi palju alaealisi külastavad solaariumeid, tuleks solaariumite ja liigse päevitamise ohtlikkusest lastele juba koolis rääkida (Driscoll ja Darcy 2015). See kõik aitab kaasa inimeste tervise paranemisele. Kui õendusabi saab olema kättesaadavam ja patsiendid saavad kiiret ning asjakohast nõustamist, on ka nende oma

tervis ja heaolu paremini tagatud. Seega aitaks õdede koolitamine UV-kiirgusest kui riskeerivast tervisekäitumisest tõsta õdede teadlikkust selles valdkonnas.

## **2.2. Ultraviolettkiirguse olemus, allikad ja mõju inimese tervisele ning päevitamine ja solaariumi kasutamine kui riskeeriv tervisekäitumine**

**Ultraviolettkiirgus** (*ultraviolet radiation*) on üks osa päikese poolt tekitatud maale jõudvast elektromagnetilisest spketrist, mis on inimsilmale nähtamatu (WHO 2016). UV-kiirgus jaguneb lainepikkuse järgi kolmeks. Kõige pikema lainepikkusega on UVA kiirgus, mille lainepikkus on 320–400nm ja mis mõjutab nahaaluskudet ja silma klaaskeha. UVA kiirgus moodustab umbes 95% päikese kiirgusest ning lisaks päikesele on seda võimalik saada solaariumitest. Teiseks on UVB kiirgus, mille lainepikkus on 280–320nm ja mis mõjutab peamiselt pärisnahka, silma läätse ja klaaskeha. UVB kiirgus mõjutab inimest kõige rohkem pilvitu ilmaga ja seda rohkem, mida kõrgemal asub päike maapinnast. Kolmandaks on UVC kiirgus, mille lainepikkus on 100–280nm ja mis mõjutab peamiselt marrasknahka ja silma sarvkesta. (Šubina 2003, Veismann ja Eerme 2011: 146.)

Inimest mõjutavad kõige rohkem UVA ja UVB kiirgused ning Maale jõudvast kiirgusest on kõige kantserogeensem UVB-kiirgus (Kaur 2007, Kull jt 2010, WHO 2016). Hoolimata sellest, et UVA-kiirguse kantserogeenne toime on 1000 korda väiksem kui UVB-kiirgusel, on UVA-kiirgus oma pika lainepikkuse tõttu inimesele siiski ohtlikum kui UVB kiirgus, kuna põhjustab sügaval naharakkudes DNA muutumist (Kaur 2007, Driscoll ja Darcy 2015). Samuti on UVA kiired oma pika lainepikkuse tõttu suutelised läbima aknaklaase ja puuvillaseid kangaid ning tungima läbi lauspilvisusest (Kaur 2007), mistõttu võib inimene UV-kiirgusega kokku puutuda siis, kui ta teadlikult ei päevita. Siiski saavad inimesed kõige rohkem UVA kiirgust kunstlikul teel ehk solaariumit kasutades (Boniol jt 2012).

**Solaarium** (*tanning bed, sunbed, solarium*) on tehisvalgusega (kunstlikult toodetud UV-kiirgusega) varustatud ruum nahale päevitunud jume andmiseks või naha raviks (Langemets jt 2009). Solaariumid kasutavad olenevalt oma kiirgustugevusest 95–99% UVA ja 1–5% UVB kiirgust. Solaariumid jagatakse vastavalt seal kasutatavatele lampide kiirgusvõimele neljaks. Esimest ja teist tüüpi solaariumeid, kus on tugev UVA ja nõrk UVB kiirgus, võib kasutada ainult päevitussalongides selleks spetsiaalse väljaõppe saanud teenindajate järelevalve all. Kolmandat tüüpi solaariumid on mõeldud tavakasutuseks ja need ei vaja eraldi väljaõpet, mistõttu näiteks Soomes on need laialt kasutust leidnud koduseks kasutamiseks. Neljandat tüüpi solaariumid on

tugeva UVB kiirgusega ning neid on lubatud kasutada ainult meditsiinasutustes arsti ettekirjutusel ja ravi eesmärgil kindla kliinilise diagnoosi olemasolul. (WHO 2003, Veismann ja Eerme 2011: 180, 182.)

UV-kiirgust kasutatakse arsti ettekirjutusel näiteks psoriaasi ja depressiooni raviks (Veismann ja Eerme 2011: 173). Depressiooni ravis kasutatakse spetsiaalseid lampe, mis tekitavad üle 2500 luksilise valguse. Efektiivne ravikuur depressiooni korral on 30–120 minutit hommikul vähemalt neljal järjestikusel päeval (Veismann ja Eerme 2011: 182). Kõige rohkem on räägitud aga UV-kiirguse mõjust D-vitamiini sünteesimisele. Nii näiteks on UVB-kiirgus inimesele peamiseks D-vitamiini indutseerijaks (Kaur 2007, Kull jt 2010). D-vitamiin on inimorganismile vajalik, kuna ta osaleb kaltsiumi ainevahetuses, olles seeläbi seotud otseselt luude tugevusega. Lisaks on leitud, et D-vitamiini vähesus organismis on seotud pahaloomulistesse kasvajatesse suremuse tõusu ning diabeeti, infektsioonidesse, ateroskleroosi ja *sclerosis multiplexi* haigestumusega (Kull jt 2010). Päevase D-vitamiini koguse (800–1000 toimeühikut) saamiseks piisab suvel 10–15 minutist keskpäevase päikese käes viibimisest, kui päikesele on eksponeeritud ainult inimese nägu ja käed (Kull jt 2010, Veismann ja Eerme 2011: 190). Samas soovitavad McKenzie jt (2007) D-vitamiini sünteesimiseks päikese käes viibida just hommiku- või õhtupoolikul, et vältida liiga eredast päikesest põhjustatud nahakahjustusi. UV-kiirguse abil sünteesitavat D-vitamiini peetakse organismile ohutumaks kui suu kaudu saadavat D-vitamiini. Nimelt on teadlased arvamusel, et suu kaudu on võimalik D-vitamiini üle doseerida ja liigne D-vitamiini kogus on organismile kahjulik (Veismann ja Eerme 2011: 190). Siiski on erinevad uurimused toonud välja, et UV-kiirguse kahjulik mõju on kasulikust mõjust suurem ning soovitavad D-vitamiini allikatena toitu ja toidulisandeid (Gilchrest 2008, Kull jt 2010).

Lisaks solaariumitest saadud kunstlikule UV-kiirgusele mõjutab inimesi ka looduslikul teel päikeselt tulev UV-kiirgus. Selleks, et hinnata loodusliku UV-kiirguse mõju inimestele, arvutatakse UV-kiirguse indeksit, mille kohta annab Eestis jooksvalt informatsiooni Riigi Ilmateenistus. UV-kiirguse indeksid jagatakse vastavalt ohtlikkusele (Tabel 1) (Veismann ja Eerme 2011: 156). Nii saab sealt informatsiooni kolme asukoha UV-indeksi kohta: Roomassaare, Pärnu-Sauga ja Tallinn-Harku (Riigi Ilmateenistus 2016). Lisaks UV-indeksile on seal leheküljel välja toodud lühikene selgitus UV-indeksi kohta ning kuidas end vajadusel liigse UV-kiirguse eest kaitsta. Kui UV-indeks on alla kolme, siis pole isegi heledanahalistel ja päikeselt tuleneva UV-kiirguse suhtes tundlikel inimestel end vaja päikesekiirguse eest kaitsta (WHO 2002). Kui UV-indeks jääb vahemikku kolm kuni seitse, siis on soovitatav end päikeselt tuleneva UV-kiirguse eest kaitsta (WHO 2002). Kui UV-indeks on kaheksa või kõrgem, siis tuleb WHO (2002)

soovitusel võimaluse korral keskpäeval väljas viibimist vältida. Kui väljas viibimine on aga vältimatu, tuleb kindlasti kasutada päikesekaitsevahendeid. Eestis on UV-indeks kõige kõrgem suvise pööripäeva ajal keskpäeva paiku. Näiteks aastatel 1998–2001 jäi suvisel pööripäeval UV-indeks vahemikku 6,0–6,7, mis näitab, et sel ajal päikese käes viibimine on inimesele ohtlik (Veismann ja Eerme 2011: 156). UV-kiirgus on inimestele kõige kahjutum nende elukohas, kuna UV-kiirguse talumine on tekkinud kohastumise teel (Veismann ja Eerme 2011: 173). Siit võib järeldada, et inimesed on liigsest UV-kiirgusest ohustatud kõige enam suvel, soojal maal viibides ja solaariumit kasutades. Enamasti viibivad inimesed soojal maal ja solaariumis päevitumise eesmärgil.

**Tabel 1. UV-kiirguse indeksite jaotumine ohtlikkuse järgi inimesele ja sellest lähtuv ohutu päikese käes viibimise aeg**

UV-indeks	Ohtlikkus	Päevitusaeg keskmisele nahatüübile
1	Madal	3,25 tundi
2	Madal	1,75 tundi
3	Mõõdukas oht	1 tund
4	Mõõdukas oht	50 minutit
5	Mõõdukas oht	40 minutit
6	Kõrge oht	35 minutit
7	Kõrge oht	30 minutit
8	Väga kõrge oht	25 minutit
9	Väga kõrge oht	22 minutit
10	Väga kõrge oht	20 minutit

**Päevitamiseks** (*sunbathing, tanning*) nimetatakse protsessi, kus UV-kiirgusega kokkupuutel omandab nahk pigmenti (Driscoll ja Darcy 2015). Päevitada on võimalik nii looduses päikese käes, kui solaariumis. Sageli teavad inimesed, et päikese käes päevitamine on tervisele ohtlik, kuid solaariumis päevitamist peetakse ohutuks ja tervisele kasulikuks (Colijn jt 2009, Schneider ja Krämer 2009, Altsitsiadis jt 2012, Loosemore ja Grogan 2015). Sellised teadmised võivad olla tingitud sellest, et solaariumikülastajad saavad oma nahatervise kohta informatsiooni solaariumikeskustest, mitte tervishoiutöötajatelt (Haluza jt 2016).

Tänapäevased solaariumid on aga nii võimsad, et nende kiirgusdoos on 10–15 korda suurem sellest kiirgusest, mille inimene saaks keskpäeval Vahemere (kõige eredama päikesega koht) ääres päikese käes viibides (Boniol jt 2012). Seepärast piisabki 15–30 minutist solaariumis, et saada kätte kogu suve jooksul looduslikul teel saadava UV-kiirguse hulk. Kuna solaariumide ja lõunamaiste randade UV-kiirgus erineb suuresti sellest, millega Põhjamaades elavate inimese organism harjunud on, võib selline mitte harjumuspärane UV-kiirgus põhjustada erinevaid terviseprobleeme (Veismann ja Eerme 2011: 192). Nii võib päikese käes viibides nahale tekkida



punetus ehk erüteem, mis viitab põletikulisele reaktsioonile nahas. Sõltuvalt päikesele eksponeeritud alast, inimese nahatüübist, vanusest ja UV-kiirguse doosist võib liigne päevitamine nõrgestada ka organismi immuunsüsteemi. Nii korduvad päikesepõletused kui nahapunetused võivad viia naha fotovananemiseni, mille korral on häiritud naharakkude normaalne funktsioneerimine. Enamasti on fotovananemise põhjuseks liigne UVA kiirgus, mida saadakse solaariumis päevitades. Kõige raskem terviseprobleem, mida liigne UV-kiirgus võib põhjustada on melanoom. Seost päikese käes viibimise ja nahavähi tekkimise vahel pandi tähele juba 1936. aastal (Veismann ja Eerme 2011: 148). Nii on seostatud melanoomi teket solaariumi kasutamise alustamisega varajases eas ja on leitud, et kui solaariumi kasutamine algas enne 35.eluaastat, on risk melanoomi haigestuda lausa kahekordne (Cust jt 2011, Boniol jt 2012). Viimastel aastakümnetel tehtud uurimused näitavad aga, et juba ühekordne kokkupuude kunstliku UV-kiirgusega tõstab melanoomi haigestumise riski 20% võrra (Boniol jt 2012). Seetõttu on solaariumid liiga intensiivse UV-kiirguse tõttu liigitatud kantserogeenide hulka ja solaariumi kasutamist ning pikka tahtlikult päikese käes viibimist loetakse riskeerivaks tervisekäitumiseks (Cust jt 2011, Altsitsiadis jt 2012, Boniol jt 2012, Skonieczna jt 2016).

Eestis läbi viidud uurimustest on selgunud, et järjest enam suureneb Eestis haigestumine pahaloomulistesse kasvajatesse (s.h. melanoomi ja teistesse nahavähkidesse) (Jaal jt 2014, Kuusk jt 2014). Näiteks aastal 2000 oli 14–64 aastaste Eesti elanike hulgas 67 melanoomi esmashaigestumisjuhtu, mis aastaks 2013 oli tõusnud juba 123 juhtumini (Eesti Vähiregister 2016a). Eesti Vähiregistri (2016b) andmetel on varakult avastatud melanoomiga patsientide ühe aasta elulemus 99%, kuid kaugemale arenenud ja metastaase põhjustanud melanoomiga patsientide ühe aasta elulemus on ainult 32%. Tervise Arengu Instituudi (edaspidi kasutatakse lühendit TAI) poolt läbi viidud uurimusest „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2014“ on näha, et aasta jooksul käidi kõige sagedamini solaariumis 100 korda ning solaariumit olid kasutanud ka mitmed alaealised (Tekkel ja Veidemann 2015). Sellele, et Eestis on probleeme solaariumi kasutamise ja liigse päevitamisega viitab Jaal'i jt (2014) poolt läbi viidud uurimus, millest selgub, et Eesti noorte hulgas on üheks sagedamini esinevaks pahaloomuliseks kasvajaks melanoom ning naha muud pahaloomulised kasvajad, millesse haigestumine on aastate 1980–2009 jooksul suurenenud. Selleks, et ennetada pahaloomulistesse kasvajatesse haigestumist ning neid võimalikult varakult avastada, on vajalik välja töötada erinevaid ennetusmeetmeid (Jaal jt 2014). Erinevate ennetusmeetmete väljatöötamisel ja päevitamise ning solariumi kasutamise kui riskeeriva tervisekäitumise muutmisel on oluline roll tervishoiutöötajatel.

WHO (2002) andmetel peaksid tervishoiutöötajad ja tervisedendajad kõige rohkem pöörama tähelepanu heledanahaliste ning laste päikese käes viibimise harjumustele ning ohutute päevitamismeetodite teavitamisele. Päikese käes päevitamine pole otseselt reguleeritud, kuid WHO on andnud erinevaid soovitusi päevitamiseks, mida inimesed enamasti teavad. Näiteks on WHO (2002) poolseteks soovitusteks keskpäeval viibida varjus, kanda laia äärega mütsi, mis kaitseks silmi liiga ereda päikesekiirguse eest ning kanda katmata kehaosadele päikesekaitsekreemi. Oluline on meeles pidada, et ilma igasuguse päikesekaitseta võib päikselise ilmaga keskpäeval väljas viibida lühiajaliselt (10–20 minutit). Kõige olulisem on meeles pidada, et päikesekaitsekreemide kasutamine ei pikenda päikese käes viibitava aja hulka. Välja minnes tuleb arvestada ka aastaajaga. Näiteks on inimeste nahk varakevadel UV-kiirgusele tundlikum, kuna talvel on päikest vähem ning päike asub madalamal. Talvel või mägedesse suusatama minnes on vajalik meeles pidada, et UV-kiirgus peegeldub lumelt 80–100% ulatuses tagasi, mis suurendab saadava UV-kiirguse doosi. Kui minnakse aga õue päikese kätte päevitumise eesmärgil, siis on oluline jälgida, et päevitamiste vaheajad oleksid vähemalt 24h ja paari päevitamisnädala järel tuleks pidada mitu nädalat pausi, et organism saaks taastuda. (WHO 2002, Veismann ja Eerme 2011: 179.)

Hoolimata sellest, et inimesed peavad solaariumit ohutuks ja päikese käes päevitamist ohtlikuks, on mitmed organisatsioonid maailmas solaariumi kasutamist erinevate õigusaktidega reguleerinud, samal ajal kui päikese käes päevitamist pole reguleeritud. Näiteks on WHO (2003) loonud dokumendi „*Artificial tanning sunbeds risk and guidance*“, mis on mõeldud soovitustena riikide vastavatele institutsioonidele, et aidata neil arendada solaariumitega seotud rahvatervise poliitikat. Selleks, et inimeste tervist liigse UV-kiirguse eest kaitsta, on Euroopas erinevatele direktiividele (*Low Voltage Directive* ja *General Product Safety Directive*) tuginedes välja töötatud ohutusnõuded solaariumitele (Colijn jt 2009). Lisaks on WHO (2003) soovitanud keelata solaariumi kasutamise heledanahalistel, alaealistel, ravimeid kasutavatel, tugevalt meigitud, eelneva päikesepõletusega, päikesekahjustuse või pahaloomuliste nahamuutustega inimestel. Kui riik ei soovi vastavat keeldu solaariumites kehtestada, peavad solaariumites olema vähemalt A4-formaadis hoiatussildid solaariumi kahjulikkuse kohta (WHO 2003). Hoolimata sellest, kas solaariumi kasutamine on riigis seaduslikult reguleeritud või mitte, peavad kõik kliendid olema täisealised, kasutama spetsiaalseid kaitseprille ning enne igat solaariumiseanssi tuleb kliendilt võtta informeeritud nõusolek (WHO 2003, Colijn 2009).

Praeguse seisuga pole Eestis solaariumite kasutamine seadusandlusega reguleeritud. Ainus õigusakt, mis Eestis solaariumitele nõuded kehtestab, on 2001. aastal jõustunud sotsiaalministri

määrus „Tervisekaitsenõuded ilu- ja isikuteenuste osutamisele“ (Riigi Teataja 2000). Kõnealuses määruses on välja toodud nõuded klienditeenindamisele, UV-seadmetele ja tööruumidele ning nende ventilatsioonile. Samal ajal puudub Eestis õigusakt, mis reguleeriks solaariumiteenuse kasutamist. Vähesel määral on Terviseamet (2012) oma koduleheküljel kirjeldanud soovitusi solaariumi tarbijale, nõuandeid teenuse osutajale ja toonud mõned näited sellest, kuidas solaariumi kasutamine võib tervist kahjustada. Näiteks on Terviseameti kodulehel toodud välja, et solaariumi kasutamine võib inimest ohustada kui ta on alaealine, heleda või tundliku nahaga, on varem saanud päikesepõletusi, tal on palju tedretähne, sünnimärke või punased juuksed, kui tal või tema lähisugulasel on olnud nahavähk või kui tema nahal on märgatavaid muutusi (Terviseamet 2012). Kuna tegemist on soovitustega, mitte ettekirjutustega, siis on iga inimese enda otsustada, kas ta neid soovitusi järgib või mitte. Samuti ei pruugi kõik inimesed neid soovitusi Terviseameti kodulehelt leida või otsida osata. Inimeste tervise kaitsmiseks oleks oluline, kui solaariumi kasutamine oleks reguleeritud, sest mitmetes Tallinna solaariumites on esinenud puudusi ohutusnõuete osas (Šubina 2003). Tehnilise poole pealt puudusid näiteks Tallinna solaariumitel tehnilised passid ja aktid solaariumilambipirnide vahetamise kohta või olid need puudulikult täidetud (Šubina 2003). Solaariumi tehniliste passide puudumine võis viidata sellele, et tegemist oli mujalt maailmast Eestisse toodud kasutatud solaariumitega, mis ei pruukinud enam olla kasutajate jaoks ohutud. Šubina (2003) magistritööst tuli välja veel, et sageli puudusid solaariumitöötajatel tööks vajalikud teadmised, mistõttu ei antud klientidele piisavalt informatsiooni erinevatest nahatüüpidest, nahatüüpidele sobivatest päevitusseanssidest ning solaariumi kõrvaltoimetest. Töö autor järeldas, et ilmselt ei pööra firmad Terviseameti soovitustele piisavalt tähelepanu ning seetõttu on väga oluline tõsta inimeste endi teadlikkust võimalikest ohtudest ja reguleerida solaariumite kasutamine Eestis.

### **3. PÄEVITAMISE JA SOLAARIUMI KASUTAMISE HARJUMUSED NING NENDE SEOSD SUITSETAMISE JA ALKOHOLI TARVITAMISEGA VARASEMATES UURIMISTÖÖDES**

Inimesed võivad UV-kiirgusega kokku puutuda tahtlikult või tahtmatult (Holman jt 2014). Tahtlikuks kokkupuuteks loetakse päevitumist ning solaariumi kasutamist (Altsitsiadis jt 2012). Tahtmatult võivad inimesed UV-kiirgusega kokku puutuda tööd tehes (nt teetöölised, aednikud, ehitajad) või vaba aja harrastuste käigus (nt kalastamine, tennis) (Altsitsiadis jt 2012). Samuti võib tahtmatult liigse UV-kiirgusega kokku puutuda end näiliselt kiirguse eest kaitstes. Lisaks otsesele päikeselt tulevale UV-kiirgusele on olemas ka hajus UV-kiirgus, mis peegeldub maapinnalt (Veismann ja Eerme 2011: 174). Nii näiteks võib liivarannal varjus olles saada inimene ümbritsevalt veelt ja liivalt UV-kiirgust, ise seda teadmata. Kuigi järjest enam on hakatud tähelepanu pöörama liigse UV-kiirguse kahjulikkusele, leidub palju ka neid inimesi, kes soovivad tahtlikult UV-kiirgusega kokku puutuda.

Paljud inimesed on arvamisel, et päevitunud jume muudab nende välimuse tervemaks ja ilusamaks ning muudab nad seeläbi enesekindlamaks (Thomson jt 2010, Bock jt 2013, Grange jt 2015). Seega tahavad inimesed teadlikult päevitada kas päikese käes või solaariumis. Sageli arvavad inimesed, et solaariumis päevitamine on ohutum kui loodusliku päikese käes päevitamine (Schneider ja Krämer 2009, Altsitsiadis jt 2012, Loosemore ja Grogan 2015). Mingil määral mõjutavad kindlasti sellist suhtumist solaariumiteenust pakkuvad asutused (Haluza jt 2016), kes rõhutavad kui ohutu solaariumi kasutamine on. Lisaks mõjutavad kindlasti, eelkõige nooremate inimeste päevitamisharjumusi, meedia ja ühiskonna poolt kujundatud hoiakud, et ilus inimene on jumekas ja kõige lihtsam viis jumekaks saada on solaariumit külastada (Schneider ja Krämer 2009). Lisaks heale välimusele peetakse paljudes riikides päevitunud jumet ka jõukuse märgiks (Hvidberg jt 2014, Idorn ja Wulf 2014). Nii näiteks saavad suurema sissetulekuga inimesed lubada endale sagedasemat solaariumi külastamist või aastaringseid soojamaareise (Perez-Gomez jt 2008). On leitud, et paljud solaariumikasutajatest käivad soojamaareisil spetsiaalselt päevitumise eesmärgiga. Kõige sagedamini käivad päikesereisidel päevitamas jahedamas piirkonnas (nt Põhjamaades) elavad inimesed (Cust jt 2011). Paljud inimesed arvavad aga, et solaariumis viibimine on parim viis lõõgastumiseks ja sügistalvise depressiooniga võitlemiseks ning solaarium muutub ohtlikuks alles sagedasel kasutamisel (Skonieczna jt 2016). Samas on Ashrafioun ja Bonar (2014) leidnud, et liigne päevitamine on omaette sõltuvus ja ei ole mõjutatud depressioonist.

Diehl jt (2013) on arvamisel, et kuigi solaariumite ohtlikkusest räägitakse järjest enam, leidub siiski palju neid inimesi, kes solaariumite kahjulikkusest midagi ei tea. Palju leidub ka neid

inimesi, kes peavad solaariumi kasutamist ohtlikuks, kui solaariumit kasutada sageli või arvavad et solaariumi ohtlikkus on liialdatud (Benmarhnia jt 2013, Lagerlund jt 2015). Loosemore ja Grogan'i (2015) tööst selgus, et enamus meessoost uuritavatest pidasid solaariumi külastamist riskeerivaks tervisekäitumiseks, kuid ei teadnud, et liigne solaariumi kasutamine võib tekitada nahavähki. Näiteks pidas üks solaariumit kasutav noormees solaariumit nahale ohtlikuks vaid siis, kui seda kasutatakse sagedamini kui kord nädalas (Loosemore ja Grogan 2015). Solaariumi ohtlikkusest mitte teadmise põhjuseks võib Thomson jt (2010) arvates olla see, et sageli ei anta solaariumi kasutajatele informatsiooni solaariumi võimalike ohtude kohta ega õpetata kuidas solaariumit õigesti kasutada. Samuti puudub sageli solaariumi kasutamisel igasugune töötajate poolne järelevalve (Thomson jt 2010).

Erinevate uurimistööde tulemusena on selgunud, et enamasti on solaariumis liigpäevitajaks vallaline kõrghariduse ja hea sissetulekuga linnas elav noor naine, kes on ebatervislike eluviisidega (Idorn ja Wulf 2014, Grange jt 2015, Haluza jt 2016). Lisaks on leitud, et sagedased solaariumi kasutajad ei kasuta loodusliku päikese käes viibides päikesekaitsevahendeid ja viibivad tahtlikult päikese käes üle viie tunni päevas (Lostritto jt 2012, Stanganelli jt 2013). On teada, et noored naised päevitavad ja kasutavad solaariumit umbes kolm korda rohkem kui mehed (Altsitsiadis jt 2012, Benmarhnia jt 2013, Bock jt 2013). Lostritto jt (2012) tööst selgus, et naised alustasid solaariumi kasutamisega varem kui mehed ning naiste solaariumisessioonid kestsid pikemalt. Lisaks on teada, et need, kes kasutavad solaariumit, alustasid varakult ka päikese käes päevitamisega. Nii näiteks on leitud, et need kes kasutavad solaariumit, alustasid päikese käes päevitamisega juba 8–15 aasta vanuses (Lostritto jt 2012).

Tulenevalt WHO (2003) soovitustest on solaariumite kasutamine alaealistel mitmetes riikides seadusega keelatud. Kuigi käesolev töö keskendub eelkõige täiskasvanud elanikkonna solaariumi ja päevitamisharjumuste uurimisele, on varasemate uurimistööde tulemustest selgunud, et sageli kasutavad alaealised solaariumit. Näiteks Prantsusmaal on solaariumi kasutamine alaealistel keelatud, kuid sellest hoolimata oli 3,5% alaealistest elu jooksul solaariumit külastanud (Benmarhnia jt 2013). Suurbritannias on vastav arv 6,8% (Thomson jt 2010). Alaealiste solaariumi kasutamine on keelatud mitmes Ameerika Ühendriikide osariigis, kuid sellest hoolimata kasutavad alaealised solaariumeid edasi (Driscoll ja Darcy 2015). See, et Eestis kasutavad solaariumit alaealised, selgus TAI uuringust, kus kõige noorem solaariumi kasutaja oli 17-aastane (Tekkel ja Veidemann 2015).

Samal ajal, kui naised kasutavad pruuniks saamiseks rohkem solaariumit, eelistavad mehed pruuniks saada päikese käes päevitades (Thomson jt 2010). Naised küll puutuvad loodusliku UV-kiirgusega rohkem kokku kui mehed, kuid erinevalt meestest kaitsevad naised end loodusliku UV-kiirguse eest rohkem (Falk jt 2013). Samuti arvavad inimesed sageli, et päikeselt saab UV-kiirgust ainult siis, kui päikese soojust on tunda ning seetõttu kiputakse varakevadel madala temperatuuri tõttu UV-kiirguse toimet alahindama. (Veismann ja Eerme 2011: 179.) Ameerika Ühendriikide Terviseamet (*U.S. Department of Health and Human Services*) (2012) toob välja, et kuigi inimesed on päikese käes viibides hakanud järjest rohkem kasutama päikesekaitsevahendeid, püsib päikese põletuste arv jätkuvalt kõrgena. Ameerika Ühendriikide Terviseameti (2012) poolt läbi viidud uurimusest selgub, et kõige sagedamini kasutavad inimesed enda liigse UV-kiirguse eest kaitsmiseks varjus püsimist ja päikesekreemi. Huvitava faktina selgus samast tööst, et inimesed küll nimetasid päikesekaitsena kõige sagedamini päikesekreemi, kuid enda kaitsmiseks liigse UV-kiirguse eest kasutati päikesekreemi vähe (Ameerika Ühendriikide Terviseamet 2012). Järelikult on inimestel olemas teoreetilised teadmised, kuid nagu solaariumi kasutamise puhul, ei rakenda inimesed oma teadmisi praktikasse.

Varasemate uurimuste käigus on leitud, et solaariumi kasutajatel esinevad mitmed riskeerivad tervisekäitumised (Guy jt 2014). Sageli esinevad ühel inimesel erinevad riskikäitumised korraga, kuna erinevate riskikäitumiste esinemine soodustab teiste riskikäitumiste teket (Holman jt 2014). Lisaks on teada, et mitme erineva terviseriski koos esinemine suurendab omakorda nahavähi tekkeriski. On teada, et suitsetamine ja üleliigne alkoholi tarvitamine on seotud suurema solaariumi kasutamise (Julian jt 2016) ja rohkema päikese käes veedetud ajaga (Falk jt 2013, Julian jt 2016). Veelgi enam, Lostritto jt (2012) leidsid, et solaariumi kasutamine on seotud varajases nooruses alkoholi tarvitamise alustamisega. Naiste hulgas on solaariumi kasutamine ja päevitamine seotud mõnuainete (tubakatooted, amfetamiin, marihuaana) kasutamise ja alkoholi tarvitamisega (Mosher ja Danoff-Burg 2010, Heckman jt 2014, Julian jt 2016). Lisaks leidsid Heckman jt (2008) oma uurimuses, et naised vanuses 18–49, kes kasutasid rohkem solaariumit olid füüsiliselt aktiivsemad, samas tarbisid vähem puu- ja juurvilju ning neil esines rohkem generaliseerunud ärevushäiret kui neil, kes solaariumit ei kasutanud. Meeste hulgas leiti seos tiheda solaariumi kasutamise ja ärevuse ning obsessiiv-kompulsiivse käitumishäire vahel (Mosher ja Danoff-Burg 2010).

Obsessiiv-kompulsiivse käitumishäire ja kehataju (anoreksia, buliimia) häirete seost on lisaks solaariumi kasutamisele märgatud ka liigse päevitamise puhul (Ashrafioun ja Bonar 2014). Need inimesed, kes viibivad liigselt päikese käes, saavad suurema tõenäosusega päikese põletusi

(Lostritto jt 2012). Nii avastasid Holman jt (2014), et inimesed, kes saavad aasta jooksul rohkem päikesepõletusi on ülekaalulised, tarbivad rohkem alkoholi, kasutavad rohkem solaariumit ja on füüsiliselt aktiivsemad. Ilmselt viitab nii suurem füüsiline aktiivsus, solaariumi kasutamine kui ka liigne päevitamine sellele, et inimesed tahavad head välja näha ja vastata ühiskonna või meedia poolt kujundatud iluideaalidele.

## **4. METOODIKA**

### **4.1. Metodoloogilised lähtekohad**

Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist ja püstitatud uurimisülesannetest on tegemist empiirilise kvantitatiivse ja kirjeldava uurimistööga. Kvantitatiivne uurimus on oma olemuselt objektiivne ja süstemaatiline uurimistöö tüüp, et kirjeldada uuritavaid muutujaid, testida muutujate omavahelisi seoseid ning uurida põhjus-tagajärg seoseid. Kvantitatiivset uurimust kasutatakse eelkõige siis, kui info hankimiseks on olemas korrapärased meetodid ja kogutav info on numbriline või numbriteks teisendatav. Selliselt kogutud andmed võimaldavad uurijal teha saadud andmetega statistilisi tehteid, analüüsida erinevate gruppide vahelisi erinevusi ja näiteks hinnata erinevate sekkumiste efektiivsust (Hagan 2014). Numbriliselt saadud infost tehakse järeldused tuginedes deduktiivsele andmete analüüsile. (Grove ja Burns 2013.)

Käesoleva magistritöö uuritavaks nähtuseks oli päevitamise ja solaariumi kasutamisega seotud tervisekäitumine. Varasemates uurimistöödes on riskeerivat tervisekäitumist uuritud enamasti kvantitatiivselt kasutades struktureeritud küsimustikke. Selleks, et käesoleva magistritöö tulemusi saaks võrrelda varasemalt tehtud uurimistööde tulemustega oli käesolevas magistritöös samuti otstarbekas andmete kogumiseks kasutada struktureeritud küsimustikku.

### **4.2. Uuritavad ja andmete kogumine**

Kui valim on piisavalt suur ja õigesti moodustatud, siis on uurimus kuluefektiivne ja aitab õigesti hinnata populatsiooni üldist tervisekäitumist (Tolonen jt 2006). Valimi moodustamise all peetakse silmas uuritavate inimeste, sündmuste, käitumiste või elementide valimist (Grove ja Burns 2013). Käesoleva magistritöö andmed saadi TAI poolt läbi viidud Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringust aastal 2014. Seega olid käesoleva uurimistöö uuritavateks eelpool nimetatud uurimusse kuulunud uuritavad. Vastavalt uuringu metoodikale valis TAI uuritavad vanuses 16–64 eluaastat Rahvastikuregistrist kihitatud juhuvalimi alusel (Tekkel ja Veidemann 2015). Juhuvalimit eelistatakse kvantitatiivses töös seetõttu, et kõikidel inimestel on võrdsed võimalused valituks osutada. Selline valim peegeldab kõige paremini üldpopulatsiooni. Kihitatud valimi korral jagatakse üldpopulatsioon kindlate tunnuste järgi alarühmadeks. Kihitatud juhuvalimi korral valitakse uuritavad igast alarühmast juhuslikkuse alusel. Kihitamine toimus elukoha, rahvuse, soo ja vanuse järgi (Tekkel ja Veidemann 2015). 01.01.2014 seisuga oli Eestis 16–64 aastaseid inimesi kokku 854 600 (Tekkel ja Veidemann 2015). Kokku saadeti posti teel



5000-le inimesele küsimustik. (Tekkel ja Veideman 2015). 169 inimest ei saanud küsimustikku kätte kuna nad olid Eestist lahkunud, surnud või oli rahvastikuregistrisse märgitud vale aadress (Tekkel ja Veidemann 2015). Seega kujunes kohandatud valimi suuruseks 4831 uuritavat.

TAI kasutas oma andmete saamiseks Eesti, Soome, Läti ja Leedu ühisuurimuse FinBalt raames välja töötatud küsimustikku, mis võeti esimesena Soomes kasutusele 1978. aastal. Küsimustikku kasutatakse tänapäevani igal paarisaastal läbi viidavaks uuringuks täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise hindamiseks kõigis neljas riigis. Küsimustik koosnes 96-st küsimusest (vt lisa 1). Küsimused jagunesid alljärgnevasse alajaotustesse: taustaandmed; tervis ja arstiabi; seksuaalkäitumine; suitsetamine; toitumine; alkohol ja uimastid; pikkus, kaal ja liikumine; päike ja solaarium; liiklusohutus. 2014 aastal koguti Eestis uurimusega esmakordselt andmeid päevitamise ja solaariumi kasutamise kohta.

Taustaandmetest sisaldas küsimustik järgnevaid küsimusi: sugu; sünniaeg; rahvus; perekonnaseis; kõrgeim lõpetatud haridustase; kutse- või eriharidus; koolis käidud aastate arv; leibkonna elanike arv; laste arv; sissetulek ühe pereliikme kohta kuus; töö valdkond; ametikoht; töötundide arv nädalas. Käesoleva magistritöö jaoks kasutati taustaandmetena sugu, sünniaega, rahvast, perekonnaseisu, kõrgemat lõpetatud haridustaset ja sissetulekut ühe pereliikme kohta kuus. Valituks osutusid need taustaandmed, kuna varasemates uurimustes on leitud kõige rohkem seoseid päevitamise ja solaariumi kasutamise ning eelpool mainitud taustamuutujate vahel (Idorn ja Wulf 2014, Grange jt 2015, Haluza jt 2016). Suitsetamise kohta küsiti TAI-lt andmeid küsimuste 43–52 kohta (vt lisa 1). Andmeanalüüsi kaasati ainult küsimus „Kas Te olete kunagi elus suitsetanud?“. Alkoholi tarvitamisest taheti teada kui sageli tarvitasid uuritavad alkohoolseid jooke viimase 12 kuu jooksul (küsimus 68). Päikese ja solaariumi kasutamise kohta käivast teemablokist küsiti andmeid küsimuste 86–91 kohta (vt lisa 1). Andmeanalüüsi kaasati kõik selles teemablokis olevad küsimused. Alajaotuses „päike ja solaarium“ olevad küsimused uurisid uuritavate päikese käes viibimist nii töö- kui ka puhkepäevadel kui ka päevitumise eesmärgil. Küsimused tahtsid teada veel aasta jooksul saadud päikesepõletuste ja päikesereisidel viibitud nädalate arvu ning solaariumi kasutamist ja aasta jooksul solaariumi külastuste arvu. Enamasti olid analüüsi kaasatud küsimused vastusevariantidega, millest uuritav pidi sobivaima variandi välja valima.

Lisaks küsimustikule saadeti uuritavatele uurimust tutvustav kaaskiri ja „makstud vastus“ märgistusega varustatud ümbrik, millega täidetud küsimustik tagasi saata. Kaaskirjas oli ära märgitud ka uurimistöö vastutava täitja e-post ja telefoninumber, mida uuritavad said küsimuste esitamiseks uurijale kasutada. Lisaks eesti keelele tõlgiti küsimustik vene keelde. Venekeelsed

küsimustikud saadeti nendele inimestele, kelle emakeeleks oli rahvastikuregistris märgitud vene keel või oli nende emakeeleks keel, mille puhul eeldati vene keele oskust. Teistele võõrapäraste nimedega inimestele saadeti eestikeelne küsimustik ja küsimustiku tõlge inglise keelde. Kui küsimustiku saajad ei olnud kolme nädala jooksul täidetud küsimustikku tagasi saatnud, saadeti neile kas eesti või vene keeles meeldetuletuskiri. Inimestele, kes kahe ja poole nädala jooksul meeldetuletuskirjale ei reageerinud saadeti küsimustik uuesti. Teistkordsel küsimustiku saatmisel rõhutati iga vastaja olulisust tõepäraste andmete saamiseks. Täidetud küsimustikke kontrollis uurimistöö vastutav uurija. Kui küsimustikes esines vasturääkivusi, siis püüdis vastutav uurija neid kõrvaldada, võrreldes omavahel näiteks rahvastikuregistrist saadud andmeid (nt sugu, vanus) täidetud küsimustiku andmetega. Kui vasturääkivused esinesid konkreetsetes teemablokides, võrdles vastutav uurija sama teemabloki erinevate küsimuste vastuseid omavahel. Need küsimustikud, mis saadeti tagasi täitmata, loeti uurimistöös mitte osalejateks. Selliselt korrastatud andmed sisestati andmebaasi. (Tekkel ja Veideman 2015.)

Postiküsitlus toimus ajavahemikus 05.03.2014–10.04.2014. Käesoleva magistritöö jaoks vajalike andmete saamiseks võeti ühendust uuringu vastutava täitja Mare Tekkeliga. Kirjas (vt lisa 2) tutvustati lühidalt uurimistöö plaani ja selgitati milliste andmete vastu konkreetset huvi tuntakse. Esimeses kirjas paluti andmeid uuritavate taustaandmete (küsimused 1–14) ja alajaotuse „päike ja solaarium“ (küsimused 86–91) kohta. Teises kirjas paluti andmeid küsimuste 43–65 ja 67–74 kohta, mis puudutasid suitsetamist, alkoholi tarbimist ja toitumist. Need tervisekäitumise valdkonnad valiti eelkõige tuginedes kirjandusele, mis väidab et Euroopas on suitsetamine, alkoholi tarbimine ja vale toitumine kõige rohkem levinud riskikäitumised (Mosher ja Danoff-Burg 2010, Heckman jt 2014, Julian jt 2016).

#### **4.3. Andmete analüüsimise meetodid**

Andmete analüüsi kaasati 2575 uuritava tulemused. Magistritöö autor sai andmed TAI-lt juba andmebaasi sisestatult ja kodeeritult. Andmete töötlemiseks ja statistiliseks analüüsimiseks kasutati *Microsoft Excel*’it ja internetipõhist statistikaprogrammi StatCrunch. Illustreerivate tabelite koostamiseks kasutati tekstitöötlusprogrammi *Microsoft Word* 2010 programmi. Andmete analüüsimeetoditena kasutati kirjeldavat statistikat,  $\chi^2$ -testi. Olulisuse nivooks ehk aktsepteeritavaks p väärtuseks määrati 0,05 ehk 95% tõenäosus.

Taustamuutujate hulgas leiti pideva tunnuse (vanus) kirjeldamiseks aritmeetiline keskmine, miinimum, maksimum ja standardhälve (SD). Nominaaltunnuste (sugu, rahvus, haridustase,

perekonnaseis) korral esitati absoluutne (n) ja suhteline (%) sagedus. Uuritavate muutujate hulgas leiti pidevate tunnuste (solaariumikasutamise arv) kirjeldamiseks mediaan, mood, miinimum, maksimum. Nominaaltunnuste (suitsetamine, alkoholi tarvitamine, päikese käes viibitud aeg, päikesereisidel käimine, solaariumi kasutamine, päikesepõletuste esinemine) korral esitati absoluutne (n) ja suhteline (%) sagedus. Uuritavate taustamuutujate, suitsetamise, alkoholi tarvitamise, päikese käes viibitud aja, päikesereisidel käimise, solaariumi kasutamise ja päikesepõletuste esinemise kohta käivate tulemuste kirjeldamiseks summeeriti andmed ja esitati need sagedustabelitena. Gruppide omavaheliste suhteliste sageduste võrdlemiseks kasutati  $\chi^2$ -testi. Gruppide vahelist erinevust hinnati statistiliselt oluliseks siis kui  $p < 0,05$ .

Tulemuste paremaks tõlgendamiseks kasutati sarnaste vastusevariantide koondamiseks ümberkodeerimist. Taustaandmete osas kodeeriti ümber tunnused „perekonnaseis“, „haridus“ ja „sissetulek“. Tunnuse „perekonnaseis“ vastusevariandid „lahutatud/lahus elav“ ja „lesk“, liideti, sest uuritavaid oli vähe mõlemas kategoorias ja eeldati, et need kaks rühma ei erine väga palju üksteisest. Vastusevariantide väikese sageduse tõttu kodeeriti hariduse osas variandid „algharidus“ ja „põhiharidus“ uueks vastusevariandiks „alg- ja põhiharidus“. Samuti ühendati tunnuse „sissetulek“ esialgsed 13 vastusevarianti kokku kolmeks variandiks. Vastusevariandid, mis olid <399 euro kuus nimetati ümber variandiks „madal sissetulek“. Need vastusevariandid, mis jäid vahemikku 400–799 eurot kuus nimetati ümber variandiks „keskmine sissetulek“ ja need vastusevariandid, mis olid >800 euro kuus, nimetati ümber variandiks „suur sissetulek“. Lisaks koondati suitsetamist puudutava küsimuse (küsimus 44) „Kas Te olete kunagi elus suitsetanud?“ vastusevariandid „jah, käesoleval ajal iga päev“, „jah, käesoleval ajal juhuslikult“ ja „jah, varem suitsetasin“ vastusevariandiks „jah“, kuna kõik eelpool nimetatud vastusevariandid tähendavad sisuliselt seda, et uuritav on oma elu jooksul suitsetanud. Samuti koondati alkoholi tarbimist puudutava küsimuse (küsimus 68) „Kui sageli Te tarvitasite alkohoolseid jooke viimase 12 kuu jooksul?“ vastusevariandid „(peaaegu) iga päev“ ja „2–3 korda nädalas“ üheks vastusevariandiks „>2korda nädalas“, vastusevariandid „kord nädalas“ ja „2–3 korda kuus“ üheks vastusevariandiks „aegajalt“.

Tulemuste paremaks tõlgendamiseks liideti kokku ka teised vastusevariandid, arvestades võimalikku riski tervisele. Need küsimused olid: töö- ja puhkepäevadel päikese käes viibimine, päevitumise eesmärgil päikese käes viibimine, päikesereisidel viibitud nädalate arv ja saadud päikesepõletuste arv. Eelnevalt võrreldi, kas vastusevariantide vahel esines erinevust ja kas erinevaid vastusevariante on võimalik kokku liita. Kui sagedus jäi samaks, siis liideti erinevad vastusevariandid. Küsimuse 86 „Mitu tundi Te veedate suvel (juuni, juuli, august) päeva jooksul

ajavahemikus 11.00–15.00 tavaliselt päikese käes?“ vastusevariandid „üldse mitte/vähem kui 30 minutit“ ja „30 minutit kuni üks tund“ liideti üheks variandiks „üldse mitte/<1h“ ja vastusevariandid „1–2 tundi“, „2–3 tundi“ ja „rohkem kui kolm tundi“ liideti kokku üheks variandiks „>1h“ madala vastamismäära tõttu. Küsimuse 87 „Kui sageli Te viibite suvel Eestis päikese käes eesmärgiga päevitada (pruuniks saada)?“ vastusevariandid „mitte kunagi“ ja „harva“ liideti variandiks „mitte kunagi/harva“ ja vastusevariandid „sageli“ ja „alati“ liideti variandiks „alati“. Lisaks sõnastati ümber sama küsimuse vastusevariant „vahetevahel“ vastusevariandiks „aegajalt“. Küsimuse 88 „Mitu nädalat olete viimase 12 kuu jooksul veetnud päikesereisil lõunamaades (nt Vahemeremaades või mujal)?“ vastusevariandid „kaks nädalat“, „3–4 nädalat“ ja „rohkem kui 4 nädalat“ variandiks „>2 nädala“. Küsimuse 89 „Kas ja kui sageli kasutate tavaliselt solaariumi?“ vastusevariandid „harvem kui kord kuus“, „kord kuus“, „kaks korda kuus“, „kolm või neli korda kuus“ ja „mitu korda nädalas“ ümber variandiks „on kasutanud solaariumit“. Küsimuse 91 „Mitu korda on Teil viimase 12 kuu jooksul esinenud päikesepõletust (k.a solaariumist), millega kaasnes punetus, valu ja/või villid ning hilisem nahakoormine?“ vastusevariandid „kaks või kolm korda“, „neli või viis korda“, „kuus või enam korda“ üheks variandiks „>2 korda aastas“.

#### **4.4. Uurimistöö usaldusväarsuse tagamine**

Valiidsuse tagab uurimistöö eesmärkide välja selgitamiseks piisavalt suur ja esinduslik valim Eesti täiskasvanud rahvastikust vanuses 16–64 aastat. Valim on esinduslik, kuna tegemist on kihitatud valimiga, mis tähendab seda, et uurimusse kaasati kõikide vanusegruppide, erinevate rahvuste ja mõlema soo esindajaid proportsionaalselt. Uurimistöö reliaabluse tagab sobivate andmetöötlusvahendite ning sobivate statistiliste tehete kasutamine. Kuigi küsimustikku on kasutatud pikalt, pole sellele arvatud Cronbachi  $\alpha$ . Kuna küsimustik koosneb eri valdkondadest ja sageli keskendub iga küsimus erinevale muutujale, pole Cronbachi  $\alpha$  arvutamine otstarbekas. Küsimustiku muudab usaldusväärseks tema pikk kasutamine. Soomes on küsimustik kasutusel alates 1978 aastast. Eestis on kõnealuse küsimustikuga uurimusi läbi viidud aastast 1990 ja kuni aastani 2010 viidi seda läbi Finbalt uurimuse raames. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring on aastast 2012 iseseisev uurimistöö, kuid andmete võrdlemiseks lähtub uurimus Finbalt ühisuurimuse metoodikast ja kokkulepetest praeguseni. Ühisuurimuse metoodika ja kokkuleppe tõttu ei saa küsimustikku vastavalt riigi soovile muuta, mis tagab, et kõikides riikides kogutakse andmeid sarnaselt ja sellega tagatakse tulemuste usaldusväarsus ja võrreldavus eri aastate ja eri riikide vahel. (Tekkel ja Veideman 2015).

Uurimistöö reliaabluse tagab sobivate andmetöötlusvahendite ning sobivate statistiliste meetodite kasutamine. Samuti on magistritöö usaldusväärsuse tagamisel oluline kasutada tõenduspõhiseid ja teemaga seotud kirjandusallikaid. Kasutatavad kirjandusallikad peavad olema asjakohased ja vähemalt aastast 2006, et kajastada võimalikult uut infot, kuid andma ka laiema ülevaate teemaga seonduvast. Käesolevalt on kasutatud kahte WHO allikat, mis on aastatest 2002 ja 2003, kuna tegemist on WHO raamdokumentidega INTERSUN programmi raames. Mõlemad dokumendid on ülemaailmsete nõuete loomise aluseks ja seega on nendes dokumentidesse koondatud oluline informatsioon, mis ei muutu ajas nii kiiresti. Veel on kasutatud Eestis tehtud magistritööd aastast 2003, mis annab informatsiooni solaariumite tehnilise seisukorra ja töötajate ettevalmistuse kohta Tallinna solaariumites. Aastast 2001 on pärit Eestis solaariumite tegevust reguleeriv seadus „Tervisekaitsenõuded ilu- ja isikuteenuste osutamisele“, sest see on hetkel kehtiv.

## 5. TULEMUSED

### 5.1. Uuritavate taustaandmed

Uurimistöös osales kokku 2575 uuritavat, kellest veidi enam kui pooled (60%) olid naised. Uuritavate vanus jäi vahemikku 17–65 eluaastat, kellest 57% olid vanemad kui 40 aastat. Keskmine vanus oli 43 aastat (SD 13,9). Ülevaade uuritavate taustaandmetest on antud tabelis 2.

**Tabel 2. Uuritavate taustaandmed**

Demograafilised andmed		n	%
Vanus (n=2575)	<20	134	5
	21–30	454	18
	31–40	535	21
	41–50	501	19
	51–60	631	25
	>60	320	12
Sugu (n=2575)	Naine	1544	60
	Mees	1031	40
Rahvus (n=2575)	Eestlane	1818	71
	Venelane	757	29
Perekonnaseis (n=2554)	Abielus	1700	67
	Vallaline	520	20
	Lahutatud/lesk	334	13
Haridus (n=2574)	Alg- ja põhiharidus	294	11
	Keskharidus	648	25
	Keskeri haridus	865	34
	Kõrgharidus	767	30
Sissetulek (n=2496)	<399 euro kuus	1055	42
	400–799 eurot kuus	973	39
	>800 euro kuus	468	19

### 5.2. Päevitamise ja solaariumi kasutamise harjumused

Suvistel tööpäevadel viibisid ajavahemikus 11.00–15.00 päikese käes 36% uuritavatest. Suvistel tööpäevadel viibisid mehed sagedamini päikese käes ( $p<0,000$ ). Võrreldes eri vanuserühmi, viibisid suvistel tööpäevadel päikese käes kõige sagedamini noored alla 20 eluaasta ( $p<0,000$ ). Eestlased viibisid päikese käes sagedamini kui venelased ( $p<0,000$ ). Vallaliste hulgas oli rohkem uuritavaid, kes viibisid tööpäevadel kauem päikese käes, võrreldes abielus või lahutatud/lehestunud uuritavatega ( $p=0,020$ ). Rohkem viibisid päikese käes alg- ja põhiharidusega uuritavad võrreldes kõrgema haridustasemega uuritavatega ( $p<0,000$ ). Sissetuleku osas viibisid suvistel tööpäevadel päikese käes sagedamini madalama sissetulekuga uuritavad ( $p<0,000$ ). Põhjalikum ülevaade suvistel tööpäevadel päikese käes viibimise kohta ajavahemikus 11.00–15.00 on toodud välja tabelis 3.

**Tabel 3. Uuritavate jagunemine päikese käes viibimise aja järgi suvistel tööpäevadel ajavahemikus 11.00–15.00**

		Üldse mitte/<1h		>1h	
		n	%	n	%
Sugu** (n=2289)	Mees	537	37	396	48
	Naine	926	63	430	52
Vanus** (n=2289)	<20	36	2	90	11
	21–30	273	19	154	19
	31–40	348	24	155	19
	41–50	301	21	151	18
	51–60	365	25	174	21
	>60	140	9	102	12
Rahvus** (n=2289)	Eestlane	1027	70	645	78
	Venelane	436	30	181	22
Perekonnaseis* (n=2274)	Vallaline	283	19	197	24
	Abielus	987	68	535	65
	Lahutatud/lesk	185	13	87	11
Haridus** (n=2289)	Alg- ja põhiharidus	116	8	135	16
	Keskharidus	350	24	218	27
	Keskeriharidus	470	32	273	33
	Kõrgharidus	527	36	200	24
Sissetulek** (n=2224)	Madal sissetulek	526	37	382	48
	Keskmine sissetulek	592	42	285	35
	Suur sissetulek	301	21	138	17

\*  $p < 0,05$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

\*\*  $p < 0,0001$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

Suvistel puhkepäevadel viibisid ajavahemikus 11.00–15.00 päikese käes 73% uuritavatest. Võrreldes eri vanuserühmasid, oli 21–30 aastaste hulgas kõige enam uuritavaid, kes viibisid puhkepäevadel päikese käes kauem kui tund ( $p < 0,000$ ). Sarnaselt tööpäevadel päikese käes viibimisele viibisid ka puhkepäevadel eestlased sagedamini päikese käes kui venelased ( $p < 0,000$ ). Puhkepäevadel veetsid aega päikese käes kõrgema sissetulekuga inimesed sagedamini kui madalama sissetulekuga inimesed ( $p = 0,040$ ). Muus osas puhkepäevadel päikese käes viibimise osas erinevusi ei olnud. Põhjalikum ülevaade suvistel puhkepäevadel päikese käes viibimisest annab tabel 4.

Suvel viibis päevitumise (pruuniks saamise) eesmärgil päikese käes 55% uuritavatest. Päevitumise eesmärgil viibisid suvel naised päikese käes rohkem ( $p < 0,000$ ) kui mehed. Võrreldes teiste vanusegruppidega viibisid vanuse poolest suvel päevitumise eesmärgil kõige sagedamini päikese käes uuritavad vanuses 21–30 eluaastat ( $p < 0,000$ ). Muus osas tööpäevadel päikese käes viibimise osas erinevusi ei olnud Põhjalikuma ülevaate suvel Eestis päevitumise eesmärgil päikese käes viibimise kohta annab tabel 5.

**Tabel 4. Uuritavate jagunemine päikese käes viibimise aja järgi suvistel puhkepäevadel ajavahemikus 11.00–15.00**

		Üldse mitte/<1h		>1h	
		n	%	n	%
Sugu (n=2431)	Mees	245	37	711	40
	Naine	409	63	1066	60
Vanus** (n=2431)	<20	19	3	110	6
	21–30	90	14	348	20
	31–40	140	21	379	21
	41–50	122	19	360	20
	51–60	189	29	399	23
	>60	94	14	181	10
Rahvus** (n=2431)	Eestlane	409	63	1339	75
	Venelane	245	37	438	25
Perekonnaseis (n=2415)	Vallaline	128	20	368	21
	Abielus	427	66	1183	67
	Lahutatud/lesk	94	14	215	12
Haridus (n=2430)	Alg- ja põhiharidus	75	12	195	11
	Keskharidus	157	24	446	25
	Keskeriharidus	218	33	593	33
	Kõrgharidus	203	31	543	31
Sissetulek* (n=2362)	Madal sissetulek	288	45	687	40
	Keskmine sissetulek	239	38	693	40
	Suur sissetulek	108	17	347	20

\*  $p < 0,05$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

\*\*  $p < 0,0001$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

**Tabel 5. Uuritavate jagunemine päevitumise eesmärgil suvel Eestis päikese käes viibimise järgi**

		Mitte kunagi/harva		Aegajalt		Alati	
		n	%	n	%	n	%
Sugu** (n=2560)	Mees	562	48	321	38	144	26
	Naine	598	52	517	62	418	74
Vanus** (n=2560)	<20	48	4	39	4	46	8
	21–30	172	15	158	19	122	22
	31–40	230	20	184	22	119	21
	41–50	215	18	184	22	100	18
	51–60	322	28	185	22	121	21
	>60	173	15	88	11	54	10
Rahvus (n=2560)	Eestlane	826	71	577	69	409	73
	Venelane	334	29	261	31	153	27
Perekonnaseis (n=2540)	Vallaline	233	20	168	20	117	21
	Abielus	780	68	548	66	364	66
	Lahutatud/lesk	140	12	116	14	74	13
Haridus (n=2559)	Alg- ja põhiharidus	138	12	86	10	69	12
	Keskharidus	318	27	188	23	137	25
	Keskeriharidus	383	33	295	35	182	32
	Kõrgharidus	320	28	269	32	174	31
Sissetulek (n=2483)	Madal sissetulek	502	44	332	41	212	39
	Keskmine sissetulek	414	37	332	41	224	42
	Suur sissetulek	211	19	152	18	104	19

\*  $p < 0,05$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

\*\*  $p < 0,0001$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

Aasta jooksul polnud päikesereisidel viibinud kordagi 80% uuritavatest. Võrreldes eri vanuserühmasid, käisid kõige sagedamini päikesereisidel 21–30 aastased uuritavad ( $p < 0,000$ ). Venelased käisid eestlastest sagedamini päikesereisidel ( $p = 0,010$ ). Kõige sagedamini käisid



päikesereisidel abielus olevad inimesed ( $p=0,005$ ). Kõrgema haridusega inimesed viibisid sagedamini päikesereisidel ( $p<0,000$ ). Samuti viibisid kauem päikesereisidel suurema sissetulekuga inimesed ( $p<0,000$ ). Sugude vahel päikesereisidel viibimise osas erinevusi ei olnud. Põhjalikumalt on aasta jooksul lõunamaades päikesereisil viibitud nädalate arvu mõjutavad tegurid toodud välja tabelis 6.

**Tabel 6. Uuritavate jagunemine aasta jooksul lõunamaades päikesereisil viibitud nädalate järgi**

		Mitte ühtegi		1 nädala		>2 nädala	
		n	%	n	%	n	%
Sugu (n=2559)	Mees	843	41	84	35	99	37
	Naine	1210	59	158	65	165	63
Vanus** (n=2559)	<20	104	5	11	5	18	7
	21–30	342	17	52	21	58	22
	31–40	411	20	67	28	54	21
	41–50	388	19	55	23	56	21
	51–60	535	26	35	14	56	21
	>60	273	13	22	9	22	8
Rahvus* (n=2559)	Eestlane	1472	72	173	72	166	63
	Venelane	581	28	69	29	98	37
Perekonnaseis* (n=2539)	Vallaline	438	22	34	14	46	18
	Abielus	1323	65	183	77	184	70
	Lahutatud/lesk	277	14	22	9	32	12
Haridus** (n=2558)	Alg- ja põhiharidus	262	13	11	5	20	8
	Keskharidus	538	26	47	19	59	22
	Keskeriharidus	720	35	79	33	61	23
	Kõrgharidus	532	26	105	43	124	47
Sissetulek* (n=2482)	Madal sissetulek	926	47	59	25	62	24
	Keskmine sissetulek	757	38	108	47	103	40
	Suur sissetulek	310	16	65	28	92	36

\*  $p<0,05$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

\*\*  $p<0,0001$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

Vähemalt korra elu jooksul oli solaariumit kasutanud 237 (9%) uuritavatest. Aasta jooksul oli solaariumit kasutatud 1–100 korda, keskmiselt 8 korda (mood 10 korda). Solaariumit kasutasid rohkem naised ( $p<0,000$ ). Kõige sagedamini kasutasid solaariumit 21–40 aastased, võrreldes teiste vanuserühmadega ( $p<0,000$ ). Solaariumit kasutasid kõige rohkem kõrgharidusega inimesed ( $p=0,020$ ). Suurema sissetulekuga inimesed kasutasid solaariumit rohkem kui madala sissetulekuga inimesed ( $p=0,000$ ). Muus osas solaariumi kasutamise hulgas erinevusi ei olnud. Põhjalikum ülevaade solaariumi kasutamisest on toodud välja tabelis 7.

Inimesed, kes olid solaariumit kasutanud, viibisid suvistel puhkepäevadel pikemalt päikese käes ( $p<0,000$ ). Lisaks olid solaariumi kasutajad sagedamini päevitumise eesmärgil päikese käes võrreldes nendega, kes solaariumit ei kasuta ( $p<0,000$ ). Solaariumi kasutajad olid pikemalt lõunamaades päikesereisidel, võrreldes nendega, kes solaariumit ei kasuta ( $p<0,000$ ). Lisaks olid solaariumi kasutajad saanud aasta jooksul sagedamini päikesepõletusi, millega kaasnesid punetus,

villid ja/või valu ning hilisem nahakoorumine ( $p<0,000$ ). Tööpäevadel päikese käes viibimine ei olnud seotud solaariumi kasutamisega. Rohkem infot solaariumi kasutajate päikese käes viibimise harjumuste kohta annab tabel 8.

**Tabel 7. Uuritavate jagunemine solaariumi kasutamise järgi**

		On kasutanud		Ei kasuta	
		n	%	n	%
Sugu** (n=2538)	Mees	32	13	989	43
	Naine	205	87	1312	57
Vanus** (n=2538)	<20	17	7	113	5
	21–30	90	38	357	15
	31–40	63	27	459	20
	41–50	42	18	455	20
	51–60	22	9	603	26
	>60	3	1	314	14
Rahvus (n=2538)	Eestlane	158	67	1637	71
	Venelane	79	33	664	29
Perekonnaseis (n=2519)	Vallaline	52	22	464	20
	Abielus	158	68	1514	66
	Lahutatud/lesk	23	10	308	14
Haridus* (n=2537)	Alg- ja põhiharidus	24	10	268	12
	Keskharidus	62	26	576	25
	Keskeriharidus	62	26	793	34
	Kõrgharidus	89	38	663	29
Sissetulek* (n=2461)	Madal sissetulek	67	30	975	44
	Keskmine sissetulek	102	45	854	38
	Suur sissetulek	55	25	408	18

\*  $p<0,05$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

\*\*  $p<0,0001$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

**Tabel 8. Uuritavate jagunemine solaariumi kasutamise ning päikese käes viibimise järgi**

		Kasutab		Ei kasuta	
		n	%	n	%
Tööpäevadel päikese käes viibimine kella 11.00–15.00 (n=2262)	Üldse mitte/<1h	139	64	1302	64
	>1h	77	36	744	36
Puhkepäevadel päikese käes viibimine kella 11.00–15.00** (n=2404)	Üldse mitte/<1h	32	14	617	28
	>1h	202	86	1553	72
Päevitumise eesmärgil päikese käes viibimine** (n=2533)	Mitte kunagi/harva	18	8	1136	49
	Aegajalt	79	33	747	33
	Alati	140	59	413	18
Aasta jooksul päikesereisidel viibitud nädalate arv** (n=2535)	Mitte ühtegi	143	60	1892	82
	1 nädal	41	17	199	9
	>1 nädala	53	23	207	9
Aasta jooksul saadud päikesepõletuste arv** (n=2522)	Mitte kordagi/1 kord	199	84	2138	94
	Üle 2 korra	37	16	148	6

\*  $p<0,05$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

\*\*  $p<0,0001$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

Aasta jooksul oli tõsisemaid päikesepõletusi üle kahe korra saanud 7% uuritavatest. Noored kogesid aasta jooksul sagedamini päikesepõletusi, millega kaasnesid punetus, valu ja/või villid ning

hilisem nahakoorumine ( $p<0,000$ ). Eestlased olid saanud rohkem päikesepõletusi kui venelased ( $p=0,030$ ). Päikesepõletust olid rohkem kogenud vallalised inimesed ( $p=0,000$ ). Muus osas saadud päikesepõletuste arvu osas erinevusi ei olnud. Põhjalikum ülevaade aasta jooksul esinenud päikesepõletuste kohta on välja toodud tabelis 9.

**Tabel 9. Uuritavate jagunemine aasta jooksul esinenud päikesepõletuste arvu järgi**

		≤1 kord		≥2 korda	
		n	%	n	%
Sugu (n=2552)	Mees	941	40	82	44
	Naine	1424	60	105	56
Vanus** (n=2552)	<20	114	5	18	10
	21–30	391	16	60	32
	31–40	486	21	43	23
	41–50	467	20	31	16
	51–60	598	25	28	15
	>60	309	13	7	4
Rahvus* (n=2552)	Eestlane	1657	70	145	78
	Venelane	708	30	42	22
Perekonnaseis* (n=2531)	Vallaline	455	19	57	31
	Abielus	1571	67	116	63
	Lahutatud/lesk	320	14	12	6
Haridus (n=2551)	Alg- ja põhiharidus	262	11	26	14
	Keskharidus	593	25	50	27
	Keskeriharidus	802	34	57	30
	Kõrgharidus	707	30	54	29
Sissetulek (n=2474)	Madal sissetulek	977	43	66	37
	Keskmine sissetulek	895	39	69	38
	Suur sissetulek	421	18	46	25

\*  $p<0,05$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

\*\*  $p<0,0001$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

### 5.3. Päevitamise ja solaariumi kasutamise harjumuste seosed suitsetamise ja alkoholi tarvitamisega

Suvistel tööpäevadel ajavahemikus 11.00–15.00 päikese käes viibivad uuritavad suitsetavad sageli ( $p=0,001$ ). Alkoholi tarvitamise harjumuste järgi jaotades ei olnud uuritavate suvistel tööpäevadel päikese käes oldud aeg üksteisest statistiliselt erinev. Täpsema ülevaade suvistel tööpäevadel ajavahemikus kell 11.00–15.00 päikese käes viibimise kohta alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi annab tabel 10.

Suvistel puhkepäevadel ajavahemikus 11.00–15.00 päikese käes viibijad suitsetavad sageli ( $p=0,020$ ) ning tarvitavad aegajalt alkoholi ( $p<0,000$ ). Täpsema ülevaade suvistel puhkepäevadel ajavahemikus kell 11.00–15.00 päikese käes viibimise kohta alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi annab tabel 11.

**Tabel 10. Uuritavate jagunemine suvistel tööpäevadel ajavahemikus 11.00–15.00 päikese käes veedetud aja ning alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi**

		Üldse mitte/<1h		>1h	
		n	%	n	%
Alkoholi tarvitamine (n=2265)	>2 korda nädalas	245	17	134	16
	Aegajalt	568	39	339	42
	Mõni kord aastas	488	34	254	31
	Ei tarvita	146	10	91	11
Suitsetamine* (n=2263)	Suitsetab	793	55	505	62
	Ei suitseta	654	45	311	38

\*  $p<0,05$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

**Tabel 11. Uuritavate jagunemine suvistel puhkepäevadel ajavahemikus 11.00–15.00 päikese käes veedetud aja ning alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi**

		Üldse mitte/<1h		>1h	
		n	%	n	%
Alkoholi tarvitamine** (n=2408)	>2 korda nädalas	85	13	312	18
	Aegajalt	209	33	747	42
	Mõni kord aastas	252	39	549	31
	Ei tarvita	98	15	156	9
Suitsetamine* (n=2397)	Suitsetab	343	53	1023	58
	Ei suitseta	302	47	729	42

\*  $p<0,05$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

\*\*  $p<0,0001$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

Alati ja aegajalt päevitumise eesmärgil päikese käes viibinud uuritavad märkisid kõige sagedamini, et tarbisid alkoholi aegajalt ( $p<0,000$ ). Uuritavate jagunemine päevitumise eesmärgil päikese käes viibimise ning suitsetamise harjumuste järgi ei olnud statistiliselt erinev. Põhjalikum info päevitumise eesmärgil päikese käes viibimise kohta alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi on esitatud tabelis 12.

**Tabel 12. Uuritavate jagunemine suvel Eestis päevitumise eesmärgil päikese käes viibimise ning alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi**

		Mitte kunagi/harva		Aegajalt		Alati	
		n	%	n	%	n	%
Alkoholi tarvitamine** (n=2532)	>2 korda nädalas	203	18	127	15	77	14
	Aegajalt	394	35	348	42	256	46
	Mõni kord aastas	391	34	281	34	181	32
	Ei tarvita	154	13	78	9	42	8
Suitsetamine (n=2525)	Suitsetab	662	58	455	55	334	60
	Ei suitseta	483	42	373	45	218	40

\*\*  $p<0,0001$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

Aasta jooksul pikemalt päikesereisidel viibinud märkisid kõige sagedamini, et nad tarvitasid alkoholi aegajalt ( $p<0,000$ ). Uuritavate jagunemine aasta jooksul lõunamaades päikesereisil viibitud nädalate arvu ning suitsetamise harjumuste järgi ei olnud statistiliselt erinev. Täpsemalt on aasta jooksul päikesereisidel viibitud aeg alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi toodud välja tabelis 13.

**Tabel 13. Uuritavate jagunemine aasta jooksul lõunamaades päikesereisil viibitud nädalate arvu ning alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi**

		Mitte ühtegi		1 nädal		>2 nädala	
		n	%	n	%	n	%
Alkoholi tarvitamine** (n=2532)	>2 korda nädalas	309	15	39	16	58	22
	Aegajalt	767	38	111	46	119	45
	Mõni kord aastas	716	35	69	29	70	27
	Ei tarvita	238	12	21	9	15	6
Suitsetamine (n=2525)	Suitsetab	1175	58	127	53	148	57
	Ei suitseta	847	42	114	47	114	43

\*\*  $p<0,0001$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

Solaariumit sagedamini kasutanud uuritavad märkisid kõige sagedamini, et nad tarvitavad alkoholi aegajalt ( $p<0,000$ ). Uuritavate jagunemine solaariumi kasutamise ning suitsetamise järgi ei olnud statistiliselt erinev. Täpsemalt on solaariumi kasutamine alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi välja toodud tabelis 14.

**Tabel 14. Uuritavate jagunemine solaariumi kasutamise ning alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi**

		Kasutab		Ei kasuta	
		n	%	n	%
Alkoholi tarvitamine** (n=2511)	>2 korda nädalas	35	15	369	16
	Aegajalt	135	57	851	37
	Mõni kord aastas	60	25	789	35
	Ei tarvita	6	3	266	12
Suitsetamine (n=2504)	Suitsetab	143	61	1294	57
	Ei suitseta	90	39	977	43

\*\*  $p<0,0001$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

Sagedamini päikesepõletusi saanud uuritavad märkisid kõige sagedamini, et nad tarvitavad alkoholi aegajalt ( $p=0,000$ ). Uuritavate jagunemine aasta jooksul saadud päikesepõletuste arvu ning suitsetamise harjumuste järgi ei olnud statistiliselt erinev. Täpsemalt on aasta jooksul saadud päikesepõletuste arv alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi toodud välja tabelis 15.

**Tabel 15. Uuritavate jagunemine aasta jooksul saadud päikese põletuste arvu ning alkoholi tarvitamise ja suitsetamise harjumuste järgi**

		<1 korra		≥2 korra	
		n	%	n	%
Alkoholi tarvitamine* (n=2523)	>2 korda nädalas	360	16	44	24
	Aegajalt	920	39	76	41
	Mõni kord aastas	795	34	57	31
	Ei tarvita	264	11	7	4
Suitsetamine (n=2519)	Suitsetab	1340	57	104	56
	Ei suitseta	992	43	83	44

\*  $p < 0,05$ , arvutatud  $\chi^2$ -testi põhjal

## **6. ARUTELU**

### **6.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistöödega**

Järjest rohkem pööratakse maailmas tähelepanu solaariumite kasutamisele ja liigsele päikese käes viibimisele. Üheks põhjuseks on kindlasti teadmine, et solaariumitest ja päikeselt saadav liigne UV-kiirgus on kahjulik inimese tervisele. Samuti on teada, et liigselt päevitavad inimesed kalduvad tervist ohustama teiste riskeerivate tervisekäitumistega, nagu näiteks suitsetamine või alkoholi tarvitamine.

Päikese käes soovitatakse viibida hommiku- või õhtupoolikul ning vältida päikese käes viibimist ajavahemikus kella 12–15 (McKenzie jt 2007, Veismann ja Eerme 2011: 173). Suvel lõunase päikese käes viibides piisab juba kahekümnest minutist, et tekiks nahakahjustus (McKenzie jt 2007). Uurimistööst selgus, et suvistel tööpäevadel viibib kolmandik uuritavatest keskpäeval päikese käes üle tunni. Suvistel puhkepäevadel viibib samal ajal päikese käes kaks kolmandikku uuritavatest. Seega suur osa Eesti täiskasvanud elanikkonnast viibib suvel keskpäeva paiku päikese käes. Samas on teada, et Eestis on suvel keskpäeval UV-indeks 6,0–6,7 (Veismann ja Eerme 2011). Selline UV-indeks kujutab inimese tervisele kõrget ohtu ning seetõttu on soovitatav olla päikese käes lühemat aega (Veismann ja Eerme 2011). Siit võib järeldada, et Eesti inimestel on potentsiaali riskeerivaks tervisekäitumiseks seoses päikese käes viibimisega.

Päikese käes viibimine võib olla tahtlik või tahtmatu, näiteks päikese käes töötamine (Altsitsiadis jt 2012, Holman jt 2014). Uurimistööst selgus, et suvistel tööpäevadel viibivad päikese käes pikemalt madalama haridustasemega ning väikese sissetulekuga noormehed. Ka Falk jt (2013) leidsid, et mehed, kes viibivad päikese käes, ei pea vajalikuks end päikeselt tuleneva UV-kiirguse eest kaitsta. Eesti meeste tööpäevadel pikemalt päikese käes viibimine võib olla seotud sellega, et mehed töötavad väljas. Näiteks viibivad tööülesannete täitmise tõttu keskpäeval päikese käes nii ehitajad kui teetöölised. Ehitus- ja teetöödel abitöölisena töötamine ei eelda eriharidust, mis tähendab, et nendel töökohtadel töötavad madalama haridustasemega inimesed. Samuti võib madal haridustase viidata sellele, et meestel puuduvad lihtsalt teadmised sellest, kuidas ja miks end UV-kiirguse eest kaitsta. Ameerika Ühendriigi Terviseameti (2012) tehtud uurimus näitas, et inimestel on küll teoreetilised teadmised enda kaitsmisest olemas, kuid neid teadmisi ei rakendata praktikasse. Võib-olla ongi põhjuseks, miks teadmisi ei rakendata, madal haridustase, mis ei lase meestel enda käitumise ja teadmiste vahel seoseid luua.

On leitud, et eelkõige Põhjamaa inimesed käivad sagedamini lõunamaades päikesereisidel (Cust jt 2011). Käesoleva magistr töö tulemuste põhjal selgus, et enamik uuritavatest ei olnud aasta jooksul mitte kordagi päikesereisil käinud. Varasemad uurimused on näidanud, et päikesereisidel käivad rohkem kõrgema sissetulekuga inimesed (Perez-Gomez jt 2008). Käesolevas magistr töös leiti samuti, et aasta jooksul päikesereisil viibitud nädalate arv on seotud sissetulekuga ja kauem viibisid päikesereisil kõrgema sissetulekuga uuritavad. Mis on loogiline, sest suurema sissetulekuga inimestel ongi rohkem võimalusi reisimiseks. Samuti saavad suurema sissetulekuga inimesed viibida päikesereisidel kauem ja aasta jooksul mitmeid kordi. Veel selgus käesolevast magistr tööst, et päikesereisidel käivad rohkem kõrgharidusega, noored ja abielus olevad inimesed. Seega võib järeldada, et kõrgharidusega inimesed saavad paremat palka ning abielus olles planeerivad oma kulud ja tulud nii, et see võimaldab neil rohkem reisida. Mitmed autorid (Thomson jt 2010, Bock jt 2013, Grange jt 2015) on leidnud, et inimeste jaoks on päevitunud jume oluline, et ilusam ja tervem välja näha. Välimuse atraktiivsemaks muutmine võib olla üks põhjusi, miks eelkõige noored inimesed käivad sagedamini päikesereisidel, kui vanemad inimesed. Sageli on noorte inimeste jaoks nende välimus olulisem, kui vanemate inimeste jaoks.

Holman jt (2014) leidsid, et päikesepõletusi saavad rohkem nooremad inimesed. Samasugused tulemused selgusid käesolevast magistr tööst, milles leiti, et 21–30 aastased inimesed saavad kõige sagedamini päikesepõletusi, millega kaaneb punetus valu ja/või turse ning hilisem naha koorumine. Varasemalt Ameerika Ühendriikide Terviseameti (2012) poolt läbi viidud uurimusest tuli välja, et kõige sagedamini kasutavad inimesed päikesekreemi ja varjus püsimist enda kaitsmiseks liigse UV-kiirguse eest. Ometigi on teada, et hoolimata enda kaitsmisest päikese eest, saavad inimesed jätkuvalt päikesepõletusi (Holman jt 2014). Üheks põhjuseks, miks näiliselt end kaitstes päikesepõletusi saadakse on hajuskiirgus, mille tõttu saadakse UV-kiirgust näiteks ümbristsevalt veelt või liivalt (Veismann ja Eerme 2011: 174). Lisaks arvavad inimesed sageli, et päikesekreemi kasutades võivad nad päikese käes pikemalt viibida, ilma et päikeselt tulenev UV-kiirgus neid kahjustaks. Tegelikult ei taga päikesekreemi kasutamine pikaajalist kaitset ja nii võivad inimesed hoolimata päikesekreemi kasutamisest saada päikesepõletusi. Antud töö puhul pole võimalik hinnata, kas eestlased saavad rohkem päikesepõletusi liigse UV-kiirgusega kokku puutumise tõttu või seetõttu, et nad ei oska end liigse UV-kiirguse eest kaitsta.

On leitud, et tüüpiline solaariumi külastaja on noor vallaline naine, kes on kõrghariduse, hea sissetuleku, kuid halbade terviseharjumustega (Altsitsiadis jt 2012, Benmarhnia jt 2013, Bock jt 2013). Käesolevas magistr töös leiti, et enamik Eesti elanikest ei kasuta solaariumit. Sarnaselt varem läbi viidud töödele, tuli käesolevast magistr tööst välja, et need, kes solaariumit kasutasid



olid sagedamini noored, kõrgharidusega naised, kes tarvitasid alkoholi. Thomson jt (2010) leidsid, et naised eelistavad pigem kasutada solaariumi, kuid mehed eelistavad pigem päikese käes päevitamist. Osaliselt võib seda leidu kinnitada käesolev magistritöö, kus selgus, et mehed viibivad tööpäevadel rohkem päikese käes, kui naised. Samas ilmnes, et solaariumi kasutajad viibivad alati võimalusel päikese käes päevitumise eesmärgil. Ühe põhjusena võib solaariumi kättesaadavus mõjutada inimeste päikese käes viibimist. Näiteks need inimesed, kelle jaoks on pruun jume oluline, võivad suvel päikese käes päevitada, kuid ülejäänud aja teevad nad seda solaariumis. Samas võib päikese käes päevitamine olla mõjutatud sellest, et Eestis pole solaariumid nii vabalt kättesaadavad kui mujal maailmas. Tulemustest selgus, et Eestis kasutavad solaariumit pigem kõrgema või keskmise sissetulekuga inimesed, kui madala sissetulekuga inimesed. Põhjuseks võib olla see, et Eestis on solaariumites päevitamine kallim võrreldes muu maailmaga. Sageli arvatakse, et kõrgharidusega inimesed on suurema sissetulekuga, kui madalapalgalised, mistõttu saavad kõrgema sissetulekuga inimesed endale kallemaid asju lubada.

Nii nagu mitmed varasemad uurimistööd on leidnud, leiti ka käesolevas magistritöös, et solaariumi kasutamine on seotud teiste tervisekäitumistega. Käesolevast tööst selgus, et need, kes tarvitavad aegajalt alkoholi kasutavad solaariumit ja on rohkem aega päikese käes. Samas ei leitud seost päevitamise ja solaariumi kasutamise ning ülemäärase alkoholi tarvitamise vahel. Lisaks tuli käesolevast tööst välja, et need kes viibivad suvistel tööpäevadel pikemalt päikese käes suitsetavad sagedamini. Sageli ollakse arvamusel, et ainult mehed suitsetavad ja tarbivad alkoholi ja seega on nad rohkem mõjutatud teistest riskikäitumistest. Julian jt (2016) leidsid, et naised kes viibisid liigselt päikese käes võtsid järjest rohkem üle meeste riskeerivat tervisekäitumist. Käesolevast tööst selgus, et naised kasutavad rohkem solaariumit kui mehed. Samuti on teada, et solaariumi kasutajate hulgas märkisid uuritavad kõige sagedamini, et nad tarvitavad aeg-ajalt alkoholi, mis lubab arvata et võib-olla on ka Eestis liigne UV-kiirgusega kokkupuude seotud naiste suurema riskikäitumisega. Samas keskendus käesolev töö liiga vähesel määral riskikäitumise uurimisele ja töös pole tervisekäitumise mõju kirjeldatud sugude kaupa, mistõttu hetkel ei saa kindlalt väita, et Eestis on naiste riskikäitumine suurenenud solaariumi kasutamise tõttu.

## **6.2. Eetilised aspektid**

Käesoleva uurimistöö läbiviimiseks saadi andmed TAI-st. Originaaluurimuse läbiviimiseks taotlesid uurimistöö tegijad aastal 2013 loa Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomiteelt (luba nr. 485, välja antud 12.12.2013) ning lisaks registreeriti uurimistöö (nr 2.2-7/14/3r) Andmekaitse Inspektsioonis 20.01.2014 (Tekkel ja Veideman 2015). Enne käesoleva magistritöö kirjutamist

saadi kokku „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2014“ vastutava täitjaga, et temaga planeeritav uurimistöö läbi arutada. Vastavalt TAI uurimuses välja toodud nõuetele saadeti vastutavale uurijale pärast kohtumist kiri, milles tutvustati oma planeeritavat uurimistööd ja milliseid andmeid ja millise aasta uurimuse kohta konkreetselt vajatakse.

TAI-st saadeti andmed juba Microsoft Exceli faili sisestatud ja kodeeritud kujul koos vastava selgitusega kuidas andmed on kodeeritud. Kodeeritud andmeid hoiti ja säilitati ainult autorile teadaoleva parooliga arvutis, millele puudub teistel inimestel juurdepääs. Kui autorile tundus, et andmebaasis on viga, kontrolliti esmalt korduvalt enda tegevust.

### **6.3. Tulemuste usaldusväärsus**

Käesoleva uurimistöö läbiviimiseks esitati originaaluurimuse vastutavale täitjale vabas vormis taotlus andmete kasutamiseks. Taotluses (vt lisa 2) oli kirjas andmete kasutamise eesmärk, planeeritava töö kirjeldus ja eesmärk, ning nimekiri küsimustest ja uurimistöö aastast, mille vastu käesoleva töö raames huvi tuntakse. Käesolevas magistritöös kasutatud andmed olid kogutud TAI poolt aastal 2014. Andmed koguti küsimustikuga, mida on Eestis kasutatud juba aastast 1990. Kuna Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring on välja kasvanud Soome, Leedu, Läti ja Eesti rahvastiku tervisekäitumise ühisuuringust Finbalt, siis on käesoleva töö autori silmis tegemist tunnustatud ja usaldusväärse küsimustikuga. Usaldusväärsust tõstab ka see, et esimest korda võeti küsimustik kasutusele Soomes aastal 1978. Seega peaks olema küsimustik ennast igati õigustanud ja mõõtna just seda, mille mõõtmiseks ta loodud on. Samas muudab küsimustiku usaldusväärsust küsitavaks see, et aastal 2014 lisati Eesti küsimustikku esimest korda solaariumi kasutamist ja päikese käes viibimist puudutavad küsimused. Kuna käesoleva magistritöö tulemused põhinevad solaariumi kasutamise ja päikese käes viibimise kohta käivatel küsimustel, võib nende vähene kasutamine töö usaldusväärsust vähendada. Samas ei ole lisatud küsimused TAI enda poolt välja töötatud, vaid lähtuvad siiski esialgse uuringu metoodikast ja teistest riikides kasutatud küsimuste sõnastusest, mis lubab eeldada, et lisatud küsimused ei vähenda küsimustiku usaldusväärsust. Küsimustikule pole arvatud Cronbachi  $\alpha$ , mis aitaks hinnata küsimustiku seesmist kooskõla. Kuna kõnealune küsimustik ei keskendu ühele konkreetsele nähtusele, vaid seal on erinevad teemablokid, pole sellele küsimustikule mõistlik Cronbachi  $\alpha$  arvutada. Samuti pole Cronbachi  $\alpha$  mõistlik arvutada ühele teemablokile (näiteks päevitamine ja solaariumi kasutamine) eraldi, kuna selle teemabloki küsimused on samuti väga erinevad ja igale küsimusele eraldi Cronbachi  $\alpha$  arvutamine ei näitaks enam kogu teemabloki seesmist kooskõla.

Kõik saadud andmed töödeldi statistiliselt. Tulemused esitati üldistatult ja lähtuvalt statistiliste tehete tulemustest. Välditi tulemuste moonutamist, lähtuvalt autori enda või kellegi teise maailmavaadetest või hoiakutest uuritava teema kohta. Uurimistulemuste esitamisel järgiti, et need oleksid esitatud ausalt, selgelt ja ühemõtteliselt. Kuna analüüsitavad andmed olid juba varem kogutud ja nende põhjal on TAI juba tulemusi avaldanud, siis oli alati oht, et need tulemused mõjutavad ka käesolevat tööd. Siiski on tegemist kahe teineteisest täiesti sõltumatu tööga. Nii näiteks olid TAI töös esitanud peamiselt sagedustabelid ja seal ei olnud keskendunud seoste otsimisele. Lisaks olid neil sagedustabelid jaotatud lähtuvalt uuritavate soost ja vanuserühmadest. Käesolevas töös on esitatud sagedustabelitena ainult taustaandmed ja solaariumi kasutamist ning päevitamist mõjutavad andmed, mille esitamisel pole lähtutud originaaluuringu tulemustest. Kuna käesolevas töös oli rõhk seoste selgitamisel uuritavate tausta- ja tervisekäitumise näitajate alusel kujunenud gruppide keskmiste võrdlemise kaudu, siis tutvustatakse peale magistritöö edukat kaitsmist saadud tulemusi ka algse uuringu vastutavale täitjale. Lisaks on kõikidel huvilistel võimalik saadud magistritöö tulemustega tutvuda kas Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace või pöördudes otse uurija poole.

Kindlasti mõjutavad tulemuste usaldusväärsust valitud andmeanalüüsi meetodid. Kuna suurem hulk uuritavatest vastas näiteks solaariumi kasutamise kohta käivale küsimusele eitavalt ei pruugi solaariumi kasutamise kohta käivad andmed peegeldada reaalselt olukorda Eestis. Siiski kasutati usaldusväärsemate tulemuste saamiseks erinevate kuid samatähenduslike vastusevariantide summeerimist ja ümberkodeerimist. Summeerimine ja ümberkodeerimine olid vajalikud, et vähese vastamismääraga küsimusi saaks analüüsida ning peale seda esitada üldistatud tulemusi.

#### **6.4. Uurimistöö kitsaskohad**

Uurimistöö kõige suuremaks kitsaskohaks on kindlasti see, et töö läbiviimiseks kasutati TAI poolt 2014. aastal kogutud andmeid. Nii ei võimaldanud teiste uurijate poolt koostatud mõõdiku küsimused ja kogutud andmed minul, kui uurijal sekkuda uuritavast nähtusest parema ülevaate saamiseks andmete kogumisse. Ühelt poolt annab suure organisatsiooni poolt läbiviidud uurimistöö andmete kasutamine eelise, sest uuritavaid on rohkem, kui töö autor ise oleks värvata suutnud. Samuti on valim mitmekülgne, esindades nii erineva vanusegrupi, rahvuse, soo kui ka haridustasemega inimesi. Teisest küljest on teiste poolt kogutud andmete kasutamisel oht vigade tekkeks, kuna uurija pole ise andmekogumisprotsessis sees. Lisaks võivad tekkida väärarusaamad näiteks meetoodika kirjeldamisel. Samuti võib olla andmete töötlemise käigus vaja minna tagasi algandmete juurde ja seda pole uurijal võimalik teha, kui ta pole ise andmeid kogunud. Selliste

väärarusaamade vältimiseks ja lisaküsimuste tekkimisel võeti ühendust TAI poolt läbi viidud uurimuse vastutava täitjaga.

Samuti on kellegi teise poolt paika pandud metoodikat raskem kirjeldada ja mõista, miks valiti just selline metoodika ning miks uurimus viidi läbi just sellisena, nagu ta läbi viidi. See eeldas käesoleva magistritöö autorilt väga palju lisatööd. Näiteks pidi töö autor endale selgeks tegema, mida tähendab FinBalt uuring, millest Eesti rahvastiku tervisekäitumise uuring välja on arenenud. Suurt tööd oli vaja teha ka metoodika selgitamisel, kuna TAI poolt välja antud materjalid keskenduvad eelkõige saadud tulemuste esitamisele ja kajastavad metoodikat minimaalselt. Kindlasti on oluliseks kitsaskohaks teiste poolt kogutud andmete kasutamisel see, et uurija ei saa tagada kontrolli andmete kogumise usaldusväärsuse üle. Nagu töö autor eespool kirjutas, ei olnud küsimustiku seesmist kooskõla hinnatud, kuigi küsimustik on kasutusel olnud üle 30 aasta. Kui töö autor oleks ise planeerinud läbi viia sarnast uurimust, ilma valmis kujul andmeid omamata, oleks ta andmete kogumiseks valinud mõõdiku, mille seesmist kooskõla on varasemalt hinnatud ja mõõdikut korduvalt testitud. Samuti oleks töö autor valinud andmete kogumiseks spetsiaalselt välja töötatud küsimustiku päevitamise ja solaariumi kasutamise põhjalikumaks hindamiseks. Hetkel sai töö autor andmed valmis kujul, mistõttu puudus tal võimalus mõõdiku valimiseks ja see võib vähendada ka käesoleva töö tulemuste usaldusväärsust.

Teiseks oluliseks kitsaskohaks võib tuua mõningatele küsimustele vastamata jätmise. Tekkel ja Veidemann (2014) toovad oma analüüsis välja, et võrreldes varasemate uurimustega on kõikidele küsimustele vastanute osakaal märgatavalt vähenenud. Kõige rohkem jätsid küsimustele vastamata naised, mitte-eestlased, mittetöötavad, madalama haridustasemega, 55–64 aastased uuritavad (Tekkel ja Veidemann 2014). Selline küsimustele vastamata jätmine võib aga oluliselt mõjutada saadud tulemusi. Võib oletada, et kui uuritavad ei vastanud näiteks suitsetamist või alkoholi tarvitamist puudutavatele küsimustele, siis võis üheks mittevastamise põhjuseks olla see, et nad suitsetasid ja tarbisid alkoholi, kuid ei soovinud seda avalikustada. See võib aga muuta oluliselt tulemusi. Uuritavad olid valdavalt vastanud taustaandmeid puudutavatele küsimustele. Kõige rohkem oli aga jäetud vastamata küsimustele, mis puudutasid töö- ja puhkepäevadel ajavahemikus kella 11–15 päikese käes viibimist. Tööpäeval päikese käes viibimist puudutavale küsimusele jättis vastamata 286 inimest (11% uuritavatest) ja puhkepäeval päikese käes viibimist puudutavale küsimusele jättis vastamata 144 inimest (6% uuritavatest). Seega võivad töö- ja puhkepäeval päikese käes viibimist mõjutavad tegurid tegelikkuses pisut erineda sellest, mis käesolevas töös välja on toodud.

Kindlasti on töö kitsaskohaks TAI-st küsitud andmed. Esialgu küsiti andmeid ainult uuritavate taustaandmete ja solaariumi ning päevitamise blokis olevate küsimuste kohta. Hiljem küsiti andmeid juurde alkoholi tarvitamise, suitsetamise ja toitumise kohta. Samas töösse kaasati alkoholi tarvitamise ja suitsetamise blokest ainult üks kõige üldisem küsimus. Toitumise kohta käivaid küsimusi ei kaasatud hiljem üldse andmete analüüsi. Kindlasti oleks autor pidanud enne vastutavale täitjale kirja saatmist töö paremini läbi mõtlema ja planeerima. Nii oleks saanud töö jaoks kasutada ainult olulisi andmeid. Hetkel jäid mitmed olulised andmed (nt KMI) andmete analüüsist lihtsalt välja, kuna töö autor ei pidanud esialgu neid vajalikuks vastutavalt uurijalt küsida.

Uurimistöö seisukohast võib kitsaskohaks lugeda töö teoreetilises osas kasutatud vanu allikaid. Nii näiteks on tuginetud Eesti hetkeolukorra kirjeldamisel Šubina (2003) magistritööle, et kirjeldada Tallinna solaariumite olukorda. Samas on sellest magistritööst praeguseks möödunud mitmeid aastaid ja reaalne olukord Tallinna solaariumites on kindlasti teine. Siiski leiab autor, et isegi kui Tallinna ja kogu Eesti solaariumite olukord on praeguseks paranenud, vajab teema jätkuvalt uurimist. Teema aktuaalsusele aitab viidata ka see, et avalikkusele kättesaadavalt pole käesoleva teema kohta viimastel aastatel uut infot avaldatud. Kindlasti oleks vaja uuendada sotsiaalministri määrus „Tervisekaitsenõuded ilu – ja isikuteenuste osutamisele“, mis jõustus 2001. aastal ja on ainus õigusakt, mis hetkel reguleerib Eestis mingil määral solaariumitega seonduvat. Olgugi, et kasutatud allikad on vanad ja nad võivad sisaldada aegunud informatsiooni, siis leiab töö autor, et nende kasutamine magistritöös viitab vajadusele solaariumi ja päevitamisega seonduva temaatika avalikustamisele.

## **6.5. Tulemuste olulisus ja rakendatavus**

Käesolev töö on oluline õenduspraktika seisukohalt. Tulenevalt Eesti õendus- ja ämmaemanduse arengustrateegiast on õenduses vajalik hakata pöörama tähelepanu elanikkonna tervisekäitumise muutmisele või riskeeriva tervisekäitumise ennetamisele (Eesti Õdede Liit ja Eesti Ämmaemandate Ühing 2011). Lisaks antakse õdedele järjest suuremaid õigusi ja kohustusi. Praktiliselt kõikides suuremates haiglates töötavad diabeediõed, kes on praeguseks Eestis tunnustatud spetsialistid. Ka teistel erialadel hakkavad õed järjest enam tegema iseseisvaid vastuvõtte. Samas on teada, et enamasti keskenduvad õed oma vastuvõttudel just eelkõige inimeste tähelepanu pööramisele tervisekäitumise mõjutamisele või riskikäitumise ennetamisele. Siiani on eelkõige tähelepanu pööratud toitumisele, alkoholi tarvitamisele ja suitsetamisele. Samas on mitmed uuringud näidanud, et päevitamine ja solaariumi kasutamine on sama tõsised tervist

kahjustavad käitumised kui suitsetamine ja alkoholi tarvitamine ning neile on vajalik tähelepanu pöörata (Altsitsiadis jt 2012, Diehl jt 2013). Eesti Vähiregistri statistika põhjal saab väita, et melanoomi haigestumine on aastatega sagenenud (Eesti Vähiregister 2016). Selleks, et vähendada arstide töökoormust, saaksid õed tegeleda näiteks patsientide nõustamisega kuidas oma nahka hoida ja kaitsta, missuguseid muutuseid jälgida, kuhu nende nahamuutustega pöörduda ja mida teha. Kindlasti ei peaks see jääma ainult nahahaigustega kokku puutuvate õdede tööks. Nii näiteks saavad pereõed jagada nahatervise alast informatsiooni praktiliselt igas vanuses inimestele. Teemast võiks informeerida ka ämmaemandaid, kes näevad kõige rohkem noori naisi, kes tervete inimestena ei pruugi alati pereõe vaatevälja jõuda. Samuti ei pruugi pereõdede juurde jõuda noored, terved mehed. Seega oleks oluline nahatervise alase informatsiooni andmise vajalikkuse osas harida ka töötervishoiu valdkonnas töötavaid õdesid.

On leitud, et sageli kasutavad solaariumi alaealised (Thomson jt 2010, Benmarhnia jt 2013, Driscoll ja Darcy 2015). Käesolevast tööst selgus, et kõige noorem uuritav, kes solaariumit kasutas oli alaealine (17-aastane), mis lubab arvata, et ka Eestis kasutavad noored solaariumit. Seega oleks vaja õppeprogrammides käsitleda solaariumi kasutamist ja liigse päevitamise teemat ja selle mõju tervisele. Kõige paremini sobiksid selleks kooliõed, kes näevad noori koolis igapäevaselt ja saaksid neid nõustada. Lisaks oleks kooliõdedel võimalik näiteks tervise- või inimeseõpetuse ja bioloogia tundides lastele rääkida nii UV-kiirgusest kui ka selle mõjust inimese organismile.

## **6.6. Edasise uurimistöö vajadus**

Kindlasti vajab solaariumi kasutamise ja liigse päevitamisega seotud temaatika lähemalt ja järjepidevalt uurimist. Käesolevast magistriltööst selgub kõige üldisem pilt sellest, millised inimesed kasutavad Eestis solaariumit ning millised on Eesti inimeste päikese käes viibimise harjumused. Käesolevast uurimusest on teada, et keskmine solaariumi kasutaja on noor naine, kõrge sissetuleku ja ebatervisliku käitumisega. Liigne päikese käes viibija on samuti noor naine, kuid seda informatsiooni on liiga vähe, et teha paikapidavad järeldused. Ennetuskampaaniate edukaks toimimiseks on vajalik need suunata konkreetsele sihtgrupile (Altsitsiadis jt 2012) ja ennetustegevus peab olema sihtgrupile sobivas vormis. Edaspidi võiks käesolevale teemale läheneda kvalitatiivselt. Kvalitatiivselt lähenedes, saaks selgitada solaariumit kasutavate ja liigselt päikese käes viibivate inimeste käitumist. Uurimus võiks käsitleda näiteks inimeste hoiakuid solaariumi kasutamise ja liigse päevitamise osas. Just teadmine sellest, millised on solaariumi kasutajate ja liigselt päikese käes viibijate mõtted ja arvamused, aitaks edaspidi õdedel luua toimivaid ja mõjusaid ennetuskampaaniaid ja nõustamise süsteemi.

Sellest lähtuvalt saaks näiteks hakata looma ettekirjutusi töötervishoiu valdkonnas, kuidas kaitsta suvel päikese käes töötavaid inimesi kahjuliku kiirguse eest ning kuidas muuta UV-kiirgusest tulenev oht nende jaoks minimaalseks. Kindlasti on inimeste liigse UV-kiirguse eest kaitsmisel oluline roll ka riiklikult kehtivatel ühtsetel juhistel ja/või reeglitel. Näiteks oleks vaja luua konkreetsed juhised selleks, mis vanusest alates võib päevitada, kui palju päikese käes võib viibida (mis ajal päeva jooksul ja kui pikalt järjest). Olgugi, et WHO (2003) on keelanud solaariumi kasutamise alaealistel, heledanahalistel, ravimeid kasutavatel, tugevalt meigitud, eelneva päikesepõletusega, päikesekahjustuse või pahaloomuliste nahamuutustega inimestel, ei ole Eestis hetkel need nõuded seadusega sätestatud. Seetõttu oleks vajalik tulevikus läbi viia süstemaatilisi ülevaateid sekkumistegevustest ja solaariumi ning päevitamise seadusega reguleerimisest.

Äärmiselt oluline oleks uurida ka alaealiste/noorte päevitamise ja solaariumi kasutamisega seotud harjumusi. Nagu mujal maailmas tehtud uurimustest selgus, siis kasutavad alaealised palju solaariumit. Samas on alaealiste päikese käes viibimine ja solaariumi kasutamine ohtlikum, kui vanemaaelistel, kuna noori inimesi mõjutab UV-kiirgus tugevamalt. Noorte hulgas on väga olulisel kohal ühtekuuluvustunne ja väljanägemine. Seega võivad alaealised kasutada solaariumit rohkem, kui me seda arvata oskame, kuna jätkuvalt peetakse pruuni jumet üheks oluliseks näitajaks välimuse juures. Probleemiga tegelemiseks on vajalik, esmalt uurida kooliõpilasi ja välja selgitada probleemi tõsidus, ning vastavalt sellele hakata probleemi lahendama. Üheks lahenduseks võiks olla kooliõdede valmisolek ja oskus lapsi informeerida ja nõustada juba varakult.

Kui kunagi jõutakse otsusega sinnamaale, et õed võiksid hakata solaariumi kasutamise ja liigse päevitamise seotud nõustamist tegema, siis võiks uurida ka õdesid. Näiteks võiks uurida õdede valmisolekut või hoiakuid nahatervise alase nõustamisteenuse pakkumiseks. Sellest lähtuvalt saaks hakata tulevikus planeerima konkreetseid õendustegevusi ja neid ellu viima.

## 7. JÄRELDUSED

Eesti täiskasvanud rahvastik kasutab solaariumit vähe. Vähemalt korra elu jooksul on solaariumit kasutanud 9% uuritavatest. Need, kes solaariumit kasutavad, käivad keskmiselt 8 korda aastas solaariumis. Solaariumit kasutavad inimesed viibivad sagedamini päikese käes. 36% uuritavatest viibib suvistel tööpäevadel ja 73% uuritavatest viibib suvistel puhkepäevadel päikese käes rohkem kui tund aega. 45% uuritavatest ei viibi suvel Eestis päikese käes päevitumise eesmärgil. 80% uuritavatest pole käinud ka spetsiaalsetel päikesereisidel. 28% uuritavatest on aasta jooksul saanud vähemalt ühe tõsise päikesepõletuse.

Solaariumit kasutavad kõige sagedamini noored kõrghariduse ja suurema sissetulekuga naised. Suvistel tööpäevadel viibivad sagedamini päikese käes alg- ja põhiharidusega ning madala sissetulekuga vallalised noormehed. Suvistel puhkepäevadel viibivad sagedamini päikese käes kõrgharidusega inimesed vanuses 21–30 eluaastat. Päevitumise eesmärgil viibivad päikese käes enamasti noored naised. Päikesereisidel käivad sagedamini kõrgharidusega noored abielus olevad inimesed, kellel on suur sissetulek. Aasta jooksul saavad sagedamini tõsisemaid päikesepõletusi, millega kaasnevad punetus, valu ja villid ning hilisem nahakoorumine noored vallalised inimesed.

Suvistel tööpäevadel keskpäeval ajal pikemalt kui tund päikese käes viibijad suitsetavad sageli (62%). Alkoholi tarvitavad aegajalt (kolm korda kuus kuni kord nädalas) 57% solaariumi kasutajatest, 42% nendest, kes viibivad päikese käes puhkepäevadel pikemalt kui tund, 46% nendest, kes viibivad suvel päikese käes päevitumise eesmärgil, 45% spetsiaalsetel päikesereisidel käijatest ning 41% tõsise päikesepõletuse saanutest.



## KASUTATUD KIRJANDUS

Altsitsiadis, E., Undheim, T., de Vries, E., Hinrichs, B., Stockfleth, E., Trakatelli, M. (2012). Health literacy, sunscreen and sunbed use: an uneasy association. *British Journal of Dermatology*, 167: 14–21.

Ameerika Ühendriikide Terviseamet (2012). Sunburn and Sun Protective Behaviors Among Adults Aged 18–29 Years – United States, 2000–2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61: 317–322.

Ashrafioun, L. ja Bonar, E.E. (2014). Tanning addiction and psychopathology: Further evaluation of anxiety disorders and substance abuse. *Journal of American Academy of Dermatology*, 70(3): 473–480.

Benmarhnia, T., Leon, C., Beck, F. (2013). Exposure to indoor tanning in France: a population based study. *BMC Dermatology*, 13: 6–11.

Bock, C., Diehl, K., Litaker, D., Breitbart, E.W., Greinert, R., Schneider, S. (2013). Sunbed use in Germany: trends, user histories and factors associated with cessation and readiness to change. *British Journal of Dermatology*, 169: 441–449.

Boniol, M., Autier, P., Boyle, P., Gandini, S. (2012). Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 345: 1–12.

Colijn, M., van Wilgenburg, E., Weijland, J.W. (2009). Joint action on sunbeds 2008 – 2009. Product Safety Enforcement Forum of Europe.

Cust, A.E., Armstrong, B.K., Goumas, C., Jenkins, M.A., Schmid, H., Hopper, J.L., Kefford, R.F., Giles, G.G., Aitken, J.F., Mann, G.J. (2011). Sunbed use during adolescence and early adulthood is associated with increased risk of early-onset melanoma. *International Journal of Cancer*, 128: 2425–2435.

Diehl, K., Bock, C., Breitbart, E.W., Greinert, R., Schneider, S. (2013). Building awareness of the health risks of sunbed use: identification of target groups for prevention. *Photodermatology, Photoimmunology ja Photomedicine*, 29: 291–299.

Driscoll, D.W. ja Darcy, J. (2015). Indoor tanning legislation: shaping policy and nursing practice. *Pediatric Nursing*, 41: 59–88.

Eesti Vähiregister (2016a). PK10: Pahaloomuliste kasvivate esmasjuhud paikme, soo ja vanuserühma järgi. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/Saveshow.asp> (27.05.2016)

Eesti Vähiregister (2016b). Vähielulemus leviku järgi diagnoosimisel, Eesti 2010–2014. [http://www.tai.ee/images/V%C3%A4hielulemus\\_leviku\\_j%C3%A4rgi\\_diagnoosimisel\\_Eesti\\_2010-14.pdf](http://www.tai.ee/images/V%C3%A4hielulemus_leviku_j%C3%A4rgi_diagnoosimisel_Eesti_2010-14.pdf) (02.09.2016)

Eesti Õdede Liit ja Eesti Ämmaemandate Ühing (2011). Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2001-2020. Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Tallinn. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiusustee/eol\\_eau\\_arengustrateegia.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusustee/eol_eau_arengustrateegia.pdf)

Falk, M., Faresjö, A., Faresjö, T. (2013). Sun exposure habits and health risk-related behaviours among individuals with previous history of skin cancer. *Anticancer Research* 33: 631–638.

Gilchrest, B.A. (2008). Sun exposure and vitamin D sufficiency. *American Journal of Clinical Nutrition*, 88: 570S–577S.

Grange, F., Mortier, L., Crine, A., Robert, C., Sassolas, B., Lebbe, C., Lhomel, C., Saiag, P. (2015). Prevalence of sunbed use, and characteristics and knowledge of sunbed users: results from the French population-based Edifice Melanoma survey. *European Academy of Dermatology and Venerology*, 29: 23–30.

Grove, S.K., Burns, N. ja Gray, J. (2013). The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence. 7th ed. Missouri: ELSEVIER

Guy, G.P., Berkowitz, Z., Tai. E., Holman, D.M., Everett Jones, S., Richardson, L.C. (2014). Indoor Tanning Among High School Students in the United States, 2009 and 2011. *JAMA Dermatology*, 150: 501–511.

Hagan, T. (2014). Measurements in Quantitative Research: How to Select and Report on Research Instruments. *Oncology Nursing Forum*, 41: 431–433.

Haluza, D., Simic, S., Moshhammer, H. (2016). Sunbed Use Prevalence and Associated Skin Health Habits: Results of a Representative, Population-Based Survey among Austrian Residents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13: 231–244.

Heckman, C.J., Coups, E.J., Manne, S.L. (2008). Prevalence and correlates of indoor tanning among US adults. *Journal of American Academical Dermatology*, 58: 769–780.

Heckman, C.J. Cohen-Filipic, J., Darlow, S., Kloss, J.D., Manne, S.L. Munshi, T. (2014). Psychiatric and addictive symptoms of young adult female indoor tanners. *American Journal of Health Promotion*, 28: 168–174.

Holman, D.M., Berkowitz, Z., Guy jr, G.P., Hartman, A.M., Perna, F.M. (2014). The association between demographic and behavioral characteristics and sunburn among U.S. adults - National Health Interview Survey, 2010. *Preventive Medicine*, 63: 6–12.

Hvidberg, L., Fidcher Pedersen, A., Nielsen Wulff, C., Vedsted, P. (2014). Cancer awareness and soci-economic position: results from a population-based study in Denmark. *BMC Cancer*, 14: 581–592.

Idorn, L.W. ja Wulf, H.C. (2014). Socioeconomic status and cutaneus malignant melanoma in Northern Europe. *British Journal of Dermatology*, 170: 787–793.

Jaal, J., Kase, M., Jõgi, T., Tammaru, M., Ojamaa, K., Mägi, M. (2014). Vähihaigestumus 15 – 44 aastaste Eesti noorte hulgas ajavahemikul 1980 – 2009. *Eesti Arst*, 93: 369–373.

Julian, A.K., Bethel, J.W., Odden, M.C., Thorburn, S. (2016). Sex differences and risk behaviors among indoor tanners. *Preventive Medicine Reports*, 3: 283–287.

Kaur, S. (2007). Päikese ultraviolettkiirguse kahjustavad toimed ja nendest hoidumine. *Eesti Arst*, 86: 231–233.

Kull, M., Kallikorm, R., Lember, M. (2010). D-vitamiin – taasleitud oluline tervisehõõjur. *Eesti Arst*, 89: 185–190.

Kuusk, G., Mägi, M., Kase, M., Jõgi, T., Tammaru, M., Ojamaa, K., Jaal, J. (2014). Naha pahaloomulistes kasvajaatesse haigestumus 15 – 44 aastaste Eesti noorte hulgas ajavahemikul 1980 – 2009. *Eesti Arst*, 93: 386–390.

Langemets, M., Tiits, M., Valdre, T., Veskis, L., Viks, Ü., Voll, P. (toim.) (2009). Eesti keele seletav sõnaraamat. Eesti keele sihtasutus: Tallinn

<http://www.eki.ee/dict/ekss/index.cgi?Q=solaarium&F=M> (02.06.2016).

Loosemore, E. ja Grogan, S. (2015). Men's accounts of reactions to two sources of information on negative effects of UV exposure: Facial morphing and a health promotion fact sheet. *International Journal of Men's Health*, 14: 183–196.

Lostritto, K., Ferrucci, L.M., Cartmel, B., Leffell, D.J., Molinaro, A.M., Bale, A.E., Mayne, S.T. (2012). Lifetime history of indoor tanning in young people: a retrospective assessment of initiation, persistence, and correlates. *BMC Public Health*, 12: 118–126.

Maser, M. (2004). Kooliõpilaste tervisekäitumine. Tervise Arengu Instituut: Tallinn

McKenzie, R.L., Liley, J.B., Björn, L.O. (2007). UV Radiation: Balancing Risks and Benefits. *Photochemistry and Photobiology*, 85: 88–98.

Mosby's Medical Dictionary (2009).

<http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/health+behavior> (27.05.2016).

Mosher, C.E. ja Danoff-Burg, S. (2010). Indoor Tanning, Mental Health, and Substance Use among College Students: The Significance of Gender. *Journal of Health and Psychology*, 15: 819–827.

Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010.

[http://www.healthypeople.gov/2010/Document/HTML/uih/uih\\_4.htm](http://www.healthypeople.gov/2010/Document/HTML/uih/uih_4.htm) (20.04.2017).

Paat, K. (2013). Sugu, kui tervisekäitumist mõjutav faktor. Bakalaureusetöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Perez-Gomez, B., Aragonés, N., Gustavsson, P., Lope, V., Lopez-Abente, G., Pollán, M. (2008). Socio-economic class, rurality and risk of cutaneous melanoma by site and gender in Sweden. *BMC Public Health*, 8: 33–38.

Riigi Ilmateenistus. (2016). UV-indeks. <http://www.ilmateenistus.ee/ilm/ilmavaatlused/uv-indeks/> (05.12.2016).

Schneider, S ja Krämer, H. (2009). Who uses sunbeds? A systematic literature review of risk groups in developed countries. *European Academy of Dermatology and Venerology*, 24: 639–648.

Skonieczna, J., Olejniczak, D., Zakrzewska, K., Duda-Zalewska, A., Bodych, A., Kitowska, W., Cieślak, I., Kielan, A., Smoleńska, E., Makaruk, J., Lech-Wróblewska, A., Jabłońska, M., Fydryk, D., Korczyńska, M., Izdebski, R., Zalewska, M., Koczkodaj, P., Gawińska, E. (2016). Assessment of knowledge about the effects of UV radiation on health and health behaviors associated with sunbathing in gymnasium students. *Przegląd Epidemiologiczny*, 70: 65–72.

Sotsiaalministeerium (2008). Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020. Tallinn

Stanganelli, I., Gandini, S., Magi, S., Mazzoni, L., Agnoletti, V., Lombi, L., Falcini, F. (2013). Sunbed use among subjects at high risk of melanoma: an Italian survey after the ban. *British Journal of Dermatology*, 169: 351–357.

Šubina, N. (2003). Solaariumiteenuse tervisekaitsealased aspektid. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Tekkel, M. ja Veidemann, T. (2015). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2014. Tervise Arengu Instituut. Tallinn.

Terviseamet. (2012). UV-kiirgusega kaasnevad riskid.

<http://www.terviseamet.ee/keskkonnatervis/teenuste-ohutus/solaariumid.html> (20.05.2016).

Tervisekaitsenõuded ilu – ja isikuteenuste osutamisele ([RTL 2000, 136, 2161](#)).

Thomson, C.S., Woolnough, S., Wickenden, M., Hiom, S., Twelves, C.J. (2010). Sunbed use in children aged 11-17 in England: face to face quota sampling surveys in the National Prevalence Study and Six Cities Study. *BMJ*, 340: 877–885.

Tolonen, H., Helakorpi, S., Talala, K., Helasoja, V., Martelin, T., Prättälä, R. (2006). 25-year trends and socio-demographic differences in response rates: Finnish adult health behaviour survey. *European Journal of Epidemiology*, 21: 409–415.

Veismann, U. ja Eerme, K. (2011). Päikese ultraviolettkiirgus ja atmosfääriosoon. Tartu: Ilmamaa.

World Health Organization. (2002). Global Solar UV Index: A Practical Guide. Switzerland.

World Health Organization. (2003). Artificial tanning sunbeds risk and guidance. Switzerland. <http://www.who.int/uv/publications/sunbedpubl/en/> (15.07.2016).

World Health Organization. (2009). Ultraviolet radiation: global solar UV index. <http://www.who.int/uv/resources/archives/fs271/en/> (04.07.2016).

World Health Organization. (2016). Ultraviolet radiation and the INTERSUN programme. <http://www.who.int/uv/en/> (02.06.2016)

## LISAD

### Lisa 1. Originaalküsimustik eesti keeles

Uuringunumber 

--	--	--	--

1. **Teie sugu**  
1 mees  
2 naine
2. **Teie sünniaeg**  

--	--	--	--	--	--	--	--

  
päev kuu aasta
3. **Teie rahvus**  
1 eestlane  
2 venelane  
3 muu (palun kirjutage).....
4. **Teie tegelik perekonnaseis**  
1 vallaline  
2 abielus/vabaabielus/elan koos kindla partneriga  
3 lahutatud/lahus elav  
4 lesk
5. **Teie haridus** (kõrgeim lõpetatud haridustase)  
1 alg- (1–6 klassi)  
2 põhi- (7–9 klassi)  
3 kesk- (10–12 klassi)  
4 keskeri-  
5 kõrg-
6. **Kui Teil on lisaks üldharidusele kutse- või eriharidus, siis milline see on** (kõrgeim lõpetatud haridustase)?  
1 põhi-+kutseharidus (lisaks põhiharidusele omandatud kutse)  
2 põhi-+keskeriharidus (pärast põhiharidust omandatud keskeriõppeasutuses keskharidus ja eriala)  
3 kesk-+kutseharidus (lisaks keskharidusele omandatud kutse)  
4 kesk-+keskeriharidus (pärast keskharidust omandatud keskeriõppeasutuses lisaks eriala)  
5 rakenduskõrg- või kutsekõrgharidus
7. **Mitu aastat olete kokku käinud koolis?**

--	--

 aastat
8. **Mitme inimesega Te elate koos ja olete ühes leivas?** (Palun märkige inimeste arv või 0, kui Te elate üksinda.)  
mina + veel 

--	--

 inimest
9. **Mitu last elab Teiega koos?** (Palun märkige 0, kui Teiega koos ei ela ühtegi last.)  
alla 7-aastased lapsed 

--	--

  
7–17-aastased lapsed 

--	--
10. **Kui suur oli viimase 12 kuu jooksul Teie pere keskmine ühe kuu sissetulek ühe pereliikme kohta?** (Kõigist allikatest saadud sissetulek ilma maksudeta.)  
1 vähem kui 50 eurot  
2 50–99 eurot  
3 100–199 eurot  
4 200–299 eurot

- 5 300–399 eurot
- 6 400–499 eurot
- 7 500–599 eurot
- 8 600–699 eurot
- 9 700–799 eurot
- 10 800–899 eurot
- 11 900–999 eurot
- 12 1000–1100 eurot
- 13 rohkem kui 1100 eurot

**11. Millist tööd Te käesoleval ajal teete? (Palun märkige ainult üks põhiline.)**

- 1 põllu-, karjakasvatus-, metsatöö, kalandus
- 2 tööstus-, kaevandus-, ehitus-, transporditöö
- 3 teenindus-, ametnikutöö
- 4 meditsiini-, kultuuri-, haridus-, teadustöö
- 5 õpilane või üliõpilane (õppimine on põhitegevus)
- 6 ajateenija
- 7 kodune
- 8 mittetöötav pensionär
- 9 töötu

**12. Kui Te käesoleval ajal töötate, siis kellena?**

- 1 seadusandja, kõrgem ametnik, juht (valitsusametnik, direktor, finantsjuht, väikeettevõtte juht jt)
- 2 tippspetsialist (insener, arst, programmeerija, õppejõud, õpetaja, teadlane, loominguine töötaja jt)
- 3 keskastme spetsialist, tehnik (tehnik, inspektor, medõde, maakler, raamatupidaja, sotsiaaltöötaja jt)
- 4 kontoriametnik, klienditeenindaja (sekretär, kassapidaja jt)
- 5 teenindus-, müügitöötaja (giid, kokk, lapsehoidja, politseinik, müüja jt)
- 6 põllumajanduse, kalanduse oskustööline (aednik, loomakasvataja, kalur, talunik jt)
- 7 oskus-, käsitööline (kaevur, puusepp, elektrik, trükitööline, kangur, õmbleja, käsitööline jt)
- 8 seadme-, masinaoperaator (operaator, bussijuht, kraanajuht jt)
- 9 lihttööline (majahoidja, valvur, põllumajandustööline, transporditööline jt)
- 0 kutseline sõjaväelane

**13. Kui Te käesoleval ajal töötate, siis kas Te olete**

- 1 palgatöötaja
- 2 ettevõtja, vabakutseline (FIE)
- 3 pereettevõttes ilma otsese tasuta töötaja
- 4 oma/sugulase talus ilma otsese tasuta töötaja

**14. Kui Te töötate, siis mitu tundi kokku Te töötasite viimase 7 päeva jooksul nii põhi- kui lisatööl?**

tundi

**TEIE TERVIS JA ARSTIABI**

**15. Kuidas Te hindate oma tervist käesoleval ajal?**

- 1 hea
- 2 üsna hea
- 3 keskmine
- 4 üsna halb
- 5 halb



**16. Kas Teil on mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem?**

- 1 jah  
2 ei

**17. Mil määral on mõni terviseprobleem viimase 6 kuu jooksul Teie tavalisi igapäevategevusi piiranud?**

- 1 oluliselt piiranud  
2 piiranud, aga mitte oluliselt  
3 ei ole üldse piiranud

**18. Mitu korda olete käinud viimase 12 kuu jooksul arsti juures või olnud haiglas?**

perearsti juures	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	korda
hambaarsti juures	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	korda
muu eriarsti juures	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	korda
erakorralise meditsiini osakonnas (EMO)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	korda
konsulteerinud arstiga telefoni teel enda terviseprobleemide tõttu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	korda
kutsunud endale/kutsutud Teile kiirabi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	korda
olnud ravil päevaravi osakonnas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	korda
olnud haiglaravil	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	korda

**19. Mitu päeva olete viimase 12 kuu jooksul puudunud töölt/koolist enda haiguse tõttu?**

(Palun ärge võtke arvesse rasedus- ja sünnitusjärgset puhkust, haige lapse hooldamist jms; märkige 0, kui Te pole päevagi puudunud.)

päeva

**20. Kas Teil on viimase 12 kuu jooksul diagnoositud või ravitud järgmisi haigusi/haigusnähte?**

	jah	ei
kõrgeenenud veresuhkur, suhkruhaigus	1	2
kõrgeenenud vererõhk, kõrgvererõhutõbi	1	2
kõrgeenenud kolesteroolitase veres	1	2
ülekaal või rasvumus	1	2
ajuinsult	1	2
südamelihase infarkt	1	2
südamepuudulikkus	1	2
liigestehaigused	1	2
radikuliit, lülisambahaigused jt seljaprobleemid	1	2
luuhõrenemine (osteoporoos)	1	2
tuberkuloos	1	2
krooniline bronhiit ja/või kopsu laienemine (emfüseem)	1	2
astma	1	2
mao- või kaksteistsõrmiksoole haavand	1	2
kollatõbi	1	2
depressioon	1	2
trauma, vigastus, mürgistus (mis vajasis arstiabi)	1	2
mitte ühtegi eelnevatest	-	3

**21. Kas Teil on esinenud viimase 30 päeva vältel järgmisi tervisehädasid?**

	jah	ei
pingutamisel valu südame piirkonnas	1	2
liigestevalu	1	2
seljavalu	1	2
kaela-õlapiirkonna valu	1	2
peavalu	1	2
hambavalu	1	2
kõhuvalu, kõrvetised, puhitus	1	2
kõhukinnisus	1	2
köha, eriti hommikuti, mis kestnud juba pikemat aega	1	2
allergia (va allergiline astma) – allergiline nohu, muutused nahal jm	1	2
unetus, unehäired	1	2
pohmell	1	2

**22. Kas Te olete viimase 7 päeva vältel kasutanud ravimeid?**

	jah	ei
kõrge vererõhu tõttu	1	2
suhkruhaiguse tõttu	1	2
kehakaalu alandamiseks	1	2
peavalu tõttu	1	2
muude valude tõttu (va valud südames)	1	2
kõrgenenud kolesteroolitaseme tõttu	1	2
rahusteid	1	2
uinuteid	1	2
antidepressante	1	2
hormoonasendusravi üleminekueas või hiljem	1	2
impotentsusravimeid	1	2
vitamiine, mineraale, mikroelemente	1	2

**23. Kas Teil on kehtiv ravikindlustus?**

1 jah                      2 ei

**24. Kas Te saate töövõimetupensioni?**

- 1 ei  
2 jah, osaline töövõimetus 40–60%  
3 jah, osaline töövõimetus 70–90%  
4 jah, täielik töövõimetus 100%

**25. Millal mõõdeti Teil/mõõtsite ise viimati vererõhku?**

- 1 viimase 12 kuu jooksul  
2 1–2 aastat tagasi  
3 3–5 aastat tagasi  
4 rohkem kui viis aastat tagasi  
5 pole kunagi mõõdetud

**26. Millal määrati Teil viimati vere kolesteroolitaset?**

- 1 viimase 12 kuu jooksul  
2 1–2 aastat tagasi  
3 3–5 aastat tagasi  
4 rohkem kui viis aastat tagasi  
5 pole kunagi mõõdetud

**27. Mitu oma hammast Teil puudub?**

- 1 mitte ühtegi  
2 puudub 1–5 hammast  
3 puudub 6–10 hammast

- 4 puudub üle 10 hamba, kuid mitte kõik  
5 kõik puuduvad või on täisproteesid
- 28. Kui tihti Te pesete oma hambaid?**
- 1 kaks või enam korda päevas
  - 2 üks kord päevas
  - 3 harvemini kui üks kord päevas
  - 4 ei pese üldse
- 29. Kas Te olete viimase 30 päeva vältel olnud stressis, pinge all?**
- 1 jah, minu elu on peaaegu talumatu
  - 2 jah, rohkem kui inimesed tavaliselt on
  - 3 jah, kuid mitte rohkem kui inimesed tavaliselt on
  - 4 ei, üldse mitte
- 30. Kas Te olete viimase 30 päeva jooksul olnud masendunud, õnnetu (depressioonis)?**
- 1 jah, palju rohkem kui varem
  - 2 jah, mõnevõrra rohkem kui varem
  - 3 jah, kuid mitte rohkem kui varem
  - 4 ei, üldse mitte
- 31. Kui tihti Te olete viimase 12 kuu jooksul tundnud üleväsimust?**
- 1 peaaegu alati
  - 2 üsna tihti
  - 3 harva
  - 4 mitte kunagi
- 32. Kas Te olete kunagi mõelnud enesetapule?**
- 1 ei
  - 2 jah, viimase 12 kuu jooksul
  - 3 jah, varem
  - 4 jah, nii viimasel aastal kui varem
- 33. Kas Te olete kunagi püüdnud endalt elu võtta?**
- 1 ei
  - 2 jah, viimase 12 kuu jooksul
  - 3 jah, varem
  - 4 jah, nii viimasel aastal kui varem

## SEKSUAALKÄITUMINE

- 34. Kas Te olete viimase 30 päeva jooksul olnud seksuaalvahekorras?**
- 1 jah
  - 2 ei (*Kui ei, siis palun minge edasi küsimuse 37 juurde.*)
- 35. Kui jah, siismillist rasestumisvastast meetodit Teie või Teie partner kasutasite? (Palun märkige kõik sobivad vastusevariandid.)**
- 1 ei kasutanud midagi
  - 2 rasestumisvastased tabletid
  - 3 rsestumisvastased plaastrid, hormonaalne tuperõngas
  - 4 rasestumisvastased hormoonsüstid
  - 5 tavaline või hormoonspiraal

- 6 katkestatud suguühe
- 7 kondoom
- 8 kalendrimeetod („ohutud päevad“)
- 9 hädaabipillid (SOS-pillid)
- 10 muud rasestumisvastased meetodid.....

**36. Kui Teie või Teie partner ei kasutanud viimase 30 päeva jooksul mingit rasestumisvastast meetodit, siis miks?** (Palun märkige kõik sobivad vastusevariandid.)

- 1 rasedus/ootame last või soovime last saada
- 2 rinnaga toitmise
- 3 ise või partner steriliseeritud
- 4 ise või partner ei saa vanuse tõttu või muul põhjusel lapsi
- 5 ei hoolinud sellest, ei pidanud vajalikuks
- 6 vahendit polnud käepärast, ei jõudnud kasutada, unustasime
- 7 muu põhjus.....

**37. Kui sageli olete viimase 12 kuu jooksul juhupartneriga seksuaalvahekorras olles kasutanud kondoomi?**

- 1 alati
- 2 enamikel juhtudel
- 3 vahetevahel
- 4 mitte kunagi
- 5 ei ole olnud juhupartnereid

**38. Kas Te olete viimase 12 kuu jooksul olnud seksuaalvahekorras partneriga, kellele Te tasusite või Teile tasuta seksi eest rahas või muul viisil?**

- 1 jah
- 2 ei

**39. Kas Teile on kunagi tehtud HIV testi?** (Palun arvestage ka testimistega, mis tehti raseduse, doonorluse, haiglas viibimise tõttu.)

- 1 ei, mitte kunagi
- 2 jah, viimase 12 kuu jooksul
- 3 jah, rohkem kui aasta tagasi

**40. Kui Teile on HIV-testi tehtud, siis kus tehti seda viimasel korral?**

- 1 perearsti juures
- 2 naistearsti/ämmaemanda juures seoses rasedusega
- 3 muu eriarsti juures.....
- 4 haiglas
- 5 verekeskuses/mujal doonorina verd loovutades
- 6 Noorte Nõustamiskeskuses
- 7 AIDSi nõustamiskabinetis (anonüümses kabinetis)
- 8 Mujal.....

**SUITSETAMINE**

**41. Mitu tundi päevas viibite Te töökohas ruumides, kus suitsetatakse?**

- 1 üle viie tunni
- 2 1–5 tundi
- 3 alla ühe tunni

- 4 ei viibi
- 5 ei käi tööl

**42. Mitu tundi päevas viibite Te tavaliselt ühiskondlikes ruumides (klubi, ooteruum jm), kus suitsetatakse?**

- 1 üle viie tunni
- 2 1–5 tundi
- 3 alla ühe tunni
- 4 ei viibi

**43. Kas Teie ise või mõni Teie pereliikmetest suitsetab kodus eluruumides?**

- 1 jah
- 2 ei

**44. Kas Te olete kunagi elus suitsetanud?**

- 1 ei (*Kui ei, siis palun minge edasi küsimuse 52 juurde.*)
- 2 jah, käesoleval ajal iga päev
- 3 jah, käesoleval ajal juhuslikult
- 4 jah, varem suitsetasin

**45. Kas Te olete kogu elu vältel suitsetanud vähemalt 100 sigaretti, paberossi, sigarit või piibutäit?**

- 1 jah
- 2 ei

**46. Kas Te olete kunagi vähemalt ühe aasta vältel suitsetanud peaaegu iga päev? Kui jah, siis mitu aastat olete Te kokku suitsetanud?**

- 1 jah, kokku   aastat
- 2 ei

**47. Mitu sigaretti/paberossi/piibutäit Te suitsetate tavaliselt/suitsetasite varem päevas?**  
(Palun vastake iga suitsuliigi kohta.)

- |                              |   |              |
|------------------------------|---|--------------|
| 1 filtriga sigarette         | <input type="text"/> <input type="text"/> | tükki päevas |
| 2 filtrita sigarette         | <input type="text"/> <input type="text"/> | tükki päevas |
| 3 käsitsi keeratud sigarette | <input type="text"/> <input type="text"/> | tükki päevas |
| 4 paberosse                  | <input type="text"/> <input type="text"/> | tükki päevas |
| 5 sigareid                   | <input type="text"/> <input type="text"/> | tükki päevas |
| 6 piibutäisi                 | <input type="text"/> <input type="text"/> | tükki päevas |

**48. Millal Te suitsetasite viimati?**

- 1 eile või täna
- 2 kaks kuni 30 päeva tagasi
- 3 üks kuni kuus kuud tagasi
- 4 kuus kuni 12 kuud tagasi
- 5 ..... aastat tagasi (palun kirjutage)

**49. Millal Te proovisite tõsiselt suitsetamisest loobuda ja olite vähemalt 24 tundi suitsetamata?** (Kui olete juba loobunud, siis palun märkige viimane proovimise aeg.)

- 1 viimasel kuul
- 2 üks kuni kuus kuud tagasi
- 3 kuus kuni 12 kuud tagasi
- 4 rohkem kui aasta tagasi
- 5 mitte kunagi pole proovinud loobuda

- 50. Kas Te tahaksite loobuda suitsetamisest?**
- 1 jah
  - 2 ei
  - 3 ei oska öelda
  - 4 olen juba loobunud

**51. Kas keegi järgnevatest isikutest on viimase 12 kuu jooksul soovitanud Teil loobuda suitsetamisest?**

	jah	ei
arst	1	2
hambaarst	1	2
muu tervishoiutöötaja	1	2
pereliige	1	2
keegi muu.....	1	2
<i>keegi ei ole soovitanud</i>	-	3

**52. Kas Te olete viimase 12 kuu jooksul**

	mitte kordagi	mõni kord aastas	mõni kord kuus	mõni kord nädalas	iga päev
suitsetanud vesipiipu	1	2	3	4	5
suitsetanud e-sigaretti	1	2	3	4	5
tarvitanud põsk- või huuletubakat ( <i>snus</i> )	1	2	3	4	5
tarvitanud nuusktubakat	1	2	3	4	5
tarvitanud närimistubakat	1	2	3	4	5
tarvitanud tubakaekstraktiga geele (Nicogel, NicoFix jm)	1	2	3	4	5

**TOITUMINE**

- 53. Kas Te sööte hommikul?**
- 1 jah, enamasti
  - 2 jah, harva
  - 3 ei

**54. Millist rasvainet kasutate põhiliselt toidu valmistamisel kodus? (Palun märkige ainult üks põhiline.)**

- 1 taimeõli
- 2 margariini
- 3 võid või peamiselt võid sisaldavat rasvainet
- 4 searasva või muud loomset rasva
- 5 ei kasuta ühtegi rasvainet
- 6 ei valmista kodus toitu

**55. Millist rasvainet määrите tavaliselt leivale-saiale? (Palun märkige ainult üks põhiline; pange tähele, et ühenimeline margariin võib olla erineva rasvasisaldusega.)**

- 1 alandatud rasvasisaldusega margariini (rasvasisaldus vähem kui 60%) –  
Delma extra, Delma poolrasvane, Felix Voila light, Keiju sinine, Rama light, Rama MultiVita, Flora proactive jm
- 2 tavalist margariini (rasvasisaldus 60–80%) –  
Eve, Felix Voila, Keiju soolane, Rama classic, Rama Buttery, Oivariin jm
- 3 peamiselt võid sisaldavat rasvmääret – Voimix, Võidex jm
- 4 võid

5 ei kasuta mingit rasvmääret

**56. Mitu tassi (2 dl) kohvi joote tavaliselt päevas?** (Palun märkige 0, kui ei joo üldse.)

tassi päevas

**57. Mitu leiva-/saiaviilu sööte tavaliselt päevas?** (Palun märkige 0, kui ei söö üldse.)

viilu rukki-, teraleiba päevas

viilu peenleiba päevas

viilu/kuklit sepikut, terasaia päevas

viilu/kuklit saia päevas

**58. Millist soola Te kasutate tavaliselt toidu valmistamisel, lisate toidule?**

- 1 tavalist keedusoola
- 2 pansoola või muud vähendatud naatriumisisldusega soola
- 3 jodeeritud soola
- 4 ei kasuta üldse soola

**59. Kas Te lisate söögilauas toidule soola?**

- 1 jah, enamasti enne toidu maitsmist
- 2 jah, kui toit on mage
- 3 ei, mitte kunagi

**60. Kas Te kasutate kunstlikke suhkruasendajaid?** 1 jah 2 ei

**61. Kui palju Te sõite viimase 7 päeva vältel keskmiselt (värskelt või toidu koostises) köögivilju või puuvilju päevas?** (100g=üks keskmine porgand või õun; palun märkige 0, kui ei söönud üldse.)

köögivilju (va kartul)  grammi päevas

puuvilju, marju  grammi päevas

**62. Kui tihti Te sõite viimase 7 päeva vältel järgmisi toiduaineid?**

	6–7 päeval	3–5 päeval	1–2 päeval	mitte kordagi
puder, müsli, helbed	1	2	3	4
riis, makaronid	1	2	3	4
juust	1	2	3	4
piim, hapupiim, keefir, jogurt	1	2	3	4
linnuliha	1	2	3	4
kala	1	2	3	4
liha	1	2	3	4
lihatooted (vorst, viiner, sink jm)	1	2	3	4
munad	1	2	3	4
värsked köögiviljad	1	2	3	4
kuumtöödeldud köögiviljad	1	2	3	4
keedetud kartulid	1	2	3	4
praetud kartulid	1	2	3	4
värsked puuviljad, marjad	1	2	3	4
kompotid, keedised	1	2	3	4
magusad küpsetised, koogid	1	2	3	4
kommid, šokolaad	1	2	3	4

karastusjoogid	1	2	3	4
energiajoogid (Red Bull, Starter jm)	1	2	3	4

**63. Millist piima Te tavaliselt joote? (Palun märkige ainult üks põhiline.)**

- 1 **toorpiim** (maapiim, töötlemata täispiim)
- 2 poepiim (rasvasisaldus **3,2%** või rohkem)
- 3 poepiim (rasvasisaldus **2,5%**)
- 4 poepiim (rasvasisaldus **1,8%** või vähem)
- 5 poepiim, rikastatud **D**-vitamiiniga
- 6 ma ei joo piima, kuid kasutan seda toidus (kakao, riisisupp, kaste jm)
- 7 maei joo piima ega kasuta seda toidus

**64. Kas keegi järgnevatest isikutest on viimase 12 kuu jooksul soovitanud Teil muuta oma toitumisharjumusi?**

	jah	ei
arst	1	2
muu tervishoiutöötaja	1	2
pereliige	1	2
keegi muu.....	1	2
<i>keegi ei ole soovitanud</i>	-	3

**65. Kas Te olete muutnud oma toitumis- või teisi harjumusi?**

	jah, viimase 12 kuu vältel	jah, juba varem	ei
kasutan/söön vähem rasva	1	2	3
kasutan vähem loomset rasva ja rohkem taimset	1	2	3
söön rohkem köögivilju	1	2	3
kasutan vähem suhkrut	1	2	3
kasutan vähem soola	1	2	3
tarvitan vähem alkoholi	1	2	3
olen pidanud dieeti kaalu langetamiseks	1	2	3
olen järginud dieeti kaalu tõstmiseks	1	2	3
olen suurendanud kehalist aktiivsust	1	2	3
<i>mitte ühtegi neist</i>	-	-	4

**66. Kas vajaksite enda või oma lähedaste tervise parandamiseks toitumisspetsialisti nõustamist, kui teenus oleks riiklikult korraldatud ja tasuta kättesaadav? (Vajadusel märkige palun mitu vastusevarianti.)**

- 1 jah, seoses **oma** terviseprobleemiga
- 2 jah, oma eluviisi tervislikumaks muutmiseks
- 3 jah, oma kaalu alandamiseks
- 4 jah, seoses **lähedas(te)** terviseprobleemiga
- 5 jah, lähedas(te) eluviisi tervislikumaks muutmiseks
- 6 jah, lähedas(te) kaalu alandamiseks
- 7 ei oska öelda
- 8 ei vaja, minu ja minu lähedaste eluviis on tervislik
- 9 ei soovi saada nõu toitumise kohta

**ALKOHOL JA MUUD**



**67. Kas Te olete kogu elu jooksul tarvitanud alkoholi kokku rohkem kui pits kanget alkoholi, pokaal veini või pudel õlut?** 1 jah 2 ei

**68. Kui sageli Te tarvitasite alkohoolseid jooke viimase 12 kuu jooksul?**

- 1 (peaaegu) iga päev
- 2 2–3 korda nädalas
- 3 kord nädalas
- 4 2–3 korda kuus
- 5 mõned korrad ainult
- 6 mitte kordagi (*Kui nii, siis palun minge edasi küsimuse 74 juurde.*)

**69. Kui sageli Te tarvitasite järgmisi alkohoolseid jooke viimase 12 kuu jooksul?** (Palun märkige iga alkoholiliigi tarvitamise sagedus.)

	üldse mitte	mõned korrad aastas	mõned korrad kuus	mõned korrad nädalas	peaaegu iga päev
kange alkohol (viin, konjak, viski, liköör jm)	1	2	3	4	5
vein, vahuvein jm	1	2	3	4	5
õlu	1	2	3	4	5
kerge alkoholi segu toonikuga, siider	1	2	3	4	5

**70. Kui mitu klaasi- või pudelitäit tarbisite järgnevaid alkohoolseid jooke viimase 7 päeva jooksul?** (Palun märkige 0, kui ei tarbinud üldse.)

kerge alkoholi segu toonikuga, siider	<input type="text"/>	pudelit	1 pudel (0,5 l) = 1,5 purki (0,33 l)
lahja õlu (kuni 5%)	<input type="text"/>	pudelit	1 pudel (0,5 l) = 1,5 purki (0,33 l)
keskmise kangusega õlu	<input type="text"/>	pudelit	1 pudel (0,5 l) = 1,5 purki (0,33 l)
kange õlu (üle 6%)	<input type="text"/>	pudelit	1 pudel (0,5 l) = 1,5 purki (0,33 l)
vein, vahuvein	<input type="text"/>	klaasi	1 klaas = 12cl = 120 ml
kange alkohol	<input type="text"/>	pitsi	1 pits = 4cl = 40 ml

**71. Kui sageli Te joote korraga kas a) kolm pudelit (3x0,5 l, keskmise kangusega) õlut või b) kuus klaasi (6x120 ml) veini või c) kuus pitsi (6x40 ml) kanget alkoholi?**

- 1 mitte kunagi
- 2 harvemini kui üks kord kuus
- 3 umbes kord kuus
- 4 umbes kord nädalas
- 5 peaaegu iga päev

**72. Kas keegi järgnevatest isikutest on viimaase 12 kuu jooksul soovitanud Teil vähem alkoholi tarvitada?**

	jah	ei
arst	1	2
muu tervishoiutöötaja	1	2
pereliige	1	2
keegi muu.....	1	2
keegi ei ole soovitanud	-	3

- 73. Kas Te olete viimase 12 kuu jooksul ostnud alkohoolseid jooke mujalt kui poest või muust ametlikust müügikohast?**
- 1 jah, ühe korra  
2 jah, mõned korrad  
3 jah, sageli  
4 ei

- 74. Kas Te olete saanud ravi seoses alkoholi liigtarvitamisega?**

- 1 ei  
2 jah, viimase 12 kuu jooksul  
3 jah, varem

- 75. Kas Te olete tarvitanud kanepit?**

	mitte kordagi	1 – 3 korda	4 – 5 korda	6 või rohkem korda
elu jooksul	1	2	3	4
viimase 12 kuu jooksul	1	2	3	4
viimase 30 päeva jooksul	1	2	3	4

- 76. Kas Te olete kunagi tarvitanud interneti vahendusel hangitavaid legaalseid psühhoaktiivseid aineid, millel on sarnane toime narkootiliste ainetega pulbri, tableti või taime kujul (PMMA, 2C-1, mCPP, 5MeO-DMT, BZP jt)?** 1 jah 2 ei

## PIKKUS, KAAL JA LIIKUMINE

- 77. Kui pikk Te olete** (ilma kingadeta)?     cm

- 78. Kui palju Te kaalute** (ilma riieteta)?     kg (Kui olete rase, palun märkige raseduseelne kaal.)

- 79. Kas keegi järgnevatest isikutest on viimase 12 kuu jooksul soovitanud Teil kaalu langetada?**

	jah	ei
arst	1	2
muu tervishoiutöötaja	1	2
pereliige	1	2
keegi muu.....	1	2
<i>keegi ei ole soovitanud</i>	-	3

- 80. Mitu minutit päevas käite jalgsi või sõidate jalgrattaga?** (Palun vastake nii tööle/koju kui vaba aja kohta.)

	kokku tööle ja töölt koju	vabal ajal
vähem kui 15 minutit päevas	1	1
15–30 minutit päevas	2	2
30–60 minutit päevas	3	3
Rohkem kui 60 minutit päevas	4	4
Ma ei käi tööl või töotan kodus	5	-

**81. Kui sageli harrastate vabal ajal tervisesporti vähemalt poole tunni vältel, nii et hakkate kergelt hingeldama ja higistama?**

- 1 iga päev
- 2 4–6 korda nädalas
- 3 2–3 korda nädalas
- 4 kord nädalas
- 5 2–3 korda kuus
- 6 mõned korrad aastas või üldse mitte
- 7 ei saa vigastuse või haiguse tõttu sportida

**82. Kui harrastate, siis kui pikka aega olete tervisespordiga juba tegelenud?**

aastat (või  kuud)

**83. Kui suurt kehalist pingutust nõuab Teie igapäevane töö?**

- 1 väga vähest (peamiselt istuv töö)
- 2 kerget (peamiselt liigun)
- 3 keskmist (tõstmine, kergete raskuste kandmine)
- 4 rasket (suurte raskuste kandmine, ronimine)

**84. Kuidas Te hindate oma praegust füüsilist vormi/kehalist võimekust?**

- 1 väga hea
- 2 üsna hea
- 3 rahuldav
- 4 üsna halb
- 5 väga halb

**85. Kas keegi järgnevatest isikutest on viimase 12 kuu jooksul soovitanud Teil tõsta kehalist aktiivsust?**

	jah	ei
arst	1	2
muu tervishoiutöötaja	1	2
pereliige	1	2
keegi muu.....	1	2
<i>keegi ei ole soovitanud</i>	-	3

## PÄIKE JA SOLAARIUM

**86. Mitu tundi Te veedate suvel (juuni, juuli, august) päeva jooksul ajavahemikus 11.00–15.00 tavaliselt päikese käes?**

	üldse mitte/vähem kui 30 minutit	30 minutit kuni üks tund	1–2 tundi	2–3 tundi	rohkem kui kolm tundi
tööpäevadel	1	2	3	4	5
puhkepäevadel	1	2	3	4	5

**87. Kui sageli Te viibite suvel Eestis päikese käes eesmärgiga päevitada (pruuniks saada)?**

- 1 mitte kunagi
- 2 harva
- 3 vahetevahel
- 4 sageli
- 5 alati

**88. Mitu nädalat olete viimase 12 kuu jooksul veetnud päikesereisil lõunamaades (nt Vahemeremaades või mujal)?**

- 1 mitte ühtegi
- 2 ühe nädala
- 3 kaks nädalat
- 4 3–4 nädalat
- 5 rohkem kui 4 nädalat

**89. Kas ja kui sageli kasutate tavaliselt solaariumi (so kunstlikku ultraviolettkiirgust)?**

- 1 ei kasuta üldse
- 2 harvem kui kord kuus
- 3 kord kuus
- 4 kaks korda kuus
- 5 kolm või neli korda kuus
- 6 mitu korda nädalas

**90. Mitu korda olete viimase 12 kuu jooksul kasutanud solaariumi?**

korda (Palun märkige 0, kui pole üldse kasutanud.)

**91. Mitu korda on Teil viimase 12 kuu jooksul esinenud päikesepõletust (k.a solaariumist), millega kaasnes punetus, valu ja/või villid ning hilisem nahakoorumine?**

- 1 mitte kordagi
- 2 üks kord
- 3 kaks või kolm korda
- 4 neli või viis korda
- 5 kuus või enam korda

## LIIKLUSOHUTUS

**92. Kas Te kasutate pimedal ajal valgustamata tänavatel/teedel liikudes helkurit?**

- 1 üldiselt alati
- 2 vahetevahel
- 3 mitte kunagi
- 4 ei liigu kunagi pimedal ajal teedel ja tänavatel

**93. Kas Te kasutate turvavööd, kui juhite autot või istute kaassõitjana esiistmel?**

	juhina	kaassõitjana esiistmel
üldiselt alati	1	1
vahetevahel	2	2
mitte kunagi	3	3
ei juhi autot	4	-

**94. Kas Te kasutate turvavööd istudes auto tagaistmel?**

- 1 üldiselt alati
- 2 vahetevahel
- 3 mitte kunagi
- 4 tagaistmel turvavöö puudub
- 5 ei istu kunagi autos tagaistmel

**95. Kas Te olete viimase 12 kuu jooksul juhtinud autot pärast alkoholi tarvitamist?**

- 1 jah, ühel korral
- 2 jah, korduvalt
- 3 ei
- 4 ei juhi autot

**96. Kas Te olete viimase 12 kuu jooksul autot juhtides kasutanud telefoni ilma käsi vabaks jätva vahendita või lihtsalt hoidnud seda käes?**

- 1 jah
- 2 ei
- 3 ei juhi ise autot

Täname Teid küsimustele vastamast!

## **Lisa 2. Originaaluurimuse vastutava täitja luba uurimistöö andmete kasutamiseks**

Saadetud

1. juuli 2016. a. 9:27

Tere!

Olen Triinu Kurvits ja planeerin kirjutada magistritööd teemal:

Eesti täiskasvanud rahvastiku päevitamise ja solaariumi kasutamisega seotud tervisekäitumine – kvantitatiivne uurimus „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2014“ andmete põhjal.

Planeeritava magistritöö eesmärgiks on välja selgitada milline on Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumine seoses päevitamise ja solaariumi kasutamisega ning analüüsida, millised tegurid võivad sellist tervisekäitumist põhjustada.

Töö tegemiseks vajaksin alljärgnevaid küsimusi TKU2014-st: 1–14 (k.a.) ja 86–91 (k.a.).

Lugupidamisega,

Triinu Kurvits

Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli magistrant

1. juuli 2016. a. 19:37

Tere!

Tore, et leidsite meie uuringust endale huvipakkuva teema. Olen ise puhkusel, aga saatsin Teie palve edasi meie andmehaldur Tanjale, kes veel ei puhka ja saadab Teile kindlasti vajalikud andmed.

Ilusat suve ja edu Teie magistritööle.

Mare Tekkel

16. august 2016. a. 11:46

Tere!

Arutasin oma juhendajatega projekti ja nad leidsid, et ainult päevitamist ja solaariumi kasutamist uurides jääb töö nõrgaks. Seega otsustasime töösse lisada ebatervisliku toitumise, suitsetamise ja alkoholi tarbimise (kuna nende seoseid toob kirjandus kõige rohkem välja). Seoses sellega sooviksin lisaks eelmine kord küsitud andmetele järgnevaid küsimusi TKU2014-st: 43-65 (k.a.) ja 67-74.

Lugupidamisega,

Triinu Kurvits

Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli magistrant

7. september 2016. a. 12:26

Tere!

Saatsin meie andmehaldurile edasi Teie tellimuse täiendavatele andmetele ja palusin tal need Teile saata.

Mare Tekkel